

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



**Hana Langerová**

Informovanost dospívajících o problematice deprese

*Awareness of adolescent about the problem of depression*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Pavla Pavlíková

Konzultant: as. MUDr. Pavla Hellerová

Praha, 2014

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15.02.2014

Hana Langerová

Podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Pavle Pavlíkové za cenné rady, připomínky k práci a usměvavé konzultace. Mé velké poděkování patří také paní as. MUDr. Pavle Hellerové za cenná doporučení a odborné připomínky k práci. Dále bych chtěla poděkovat svému příteli a rodině, která mě podporovala v průběhu celého studia a byla mi po celou dobu oporou. V neposlední řadě mé poděkování patří všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas při vyplňování dotazníků.

**Identifikační záznam:**

LANGEROVÁ, Hana. *Informovanost dospívajících o problematice deprese. [Awareness of adolescent about the problem of depression]*. Praha, 2014. 47s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Pavlíková, Pavla.

## **Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce má teoreticko-empirický charakter. Teoretická část je věnována charakteristice období dospívání, kde jsou zahrnuty vývojové aspekty, význam edukace u adolescentů, u duševně nemocných a oblasti intervence u rizikových adolescentů. Dále jsou uvedeny typy deprese u adolescentů, rizikové faktory, příznaky, diagnostika a léčba deprese. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na nebezpečí sebevražd u adolescentů, kde jsou zahrnuty varovné signály a preventivní opatření.

Cílem empirické části je zjistit, zda jsou adolescenti informováni o problematice deprese v dospívajícím věku. Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Šetření se zúčastnily tři střední odborné školy v Praze. Výzkumný vzorek tvořilo 214 respondentů, dívky v počtu 96 a chlapci v počtu 118. I když přes 79% dotazovaných odpovědělo, že o depresi v dospívajícím věku ví, z ostatních odpovědí vyplývá, že jejich informovanost je nedostatečná. V závěru empirické části je uvedena diskuze nad danou problematikou a doporučení pro praxi.

**Klíčová slova:** adolescence, deprese, edukace, intervence, sebevražda, prevence

## **Abstrakt v AJ:**

The bachelor's thesis has theoretical and empirical character. The theoretical part is devoted to characteristics of adolescence, which are included aspects of evolution, the importance of education for adolescents, the mentally ill patients and areas of intervention in high-risk adolescents. Furthermore, they are listed the types of depression in adolescents, risk factors, symptoms, diagnosis and treatment of depression. The last chapter of this theoretical part focuses on the danger of suicide among adolescents, which are included the warning signals and preventive measures.

The goal of the empirical part is finding whether adolescents are informed about the issue of depression in the adolescent age. The research survey was used quantitative method using a questionnaire by my own design. This survey was answered by three vocational high schools in Prague. The research sample consisted of 214 respondents, girls in the number of 96 and boys in the number of 118. Although over 79 % of the respondents answered that the depressions in the adolescent age know, of other responses it is clear that their awareness is insufficient. At the end of the empirical part is presented a discussion on the issues and recommendations for practice.

Keywords: adolescence, depression, education, intervention, suicide, prevention

## Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 Charakteristika období dospívání .....	10
1.1 Období pubescence .....	10
1.2 Období adolescence .....	10
1.3 Tělesné proměny v období dospívání.....	11
1.4 Psychický vývoj v období dospívání .....	12
1.5 Socializace v období dospívání .....	13
1.5.1 Vztahy v rodině.....	13
1.5.2 Vztahy s vrstevníky .....	14
2 Edukace .....	15
2.1 Význam edukace u duševně nemocných pacientů.....	15
2.2 Význam edukace u rizikových adolescentů .....	16
2.3 Oblasti intervence u rizikových adolescentů .....	16
3 Deprese u adolescentů .....	17
3.1 Dosavadní stav poznání .....	17
3.2 Výskyt deprese v ČR.....	18
3.3 Typy deprese.....	19
3.4 Rizikové faktory deprese u adolescentů .....	20
3.5 Příznaky deprese u adolescentů .....	20
3.6 Diagnostika deprese u adolescentů.....	21
3.7 Léčba deprese u adolescentů .....	21
3.8 Nebezpečí sebevražd u adolescentů s depresí.....	22
3.8.1 Varovné signály .....	22
3.9 Prevence vzniku duševních poruch a suicidálních jednání u adolescentů ....	23
EMPIRICKÁ ČÁST .....	24
4 Metodika výzkumné práce.....	24
4.1 Cíle výzkumného šetření.....	24
4.2 Organizace výzkumu .....	24

4.3 Metody výzkumu .....	25
4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	27
4.5 Výsledky výzkumu .....	29
4.6. Shrnutí zjištěných výsledků .....	52
DISKUZE.....	54
ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	



## ÚVOD

Již od raného dětství jsem často slýchávala od své babičky: „*Podívej se na Radečka, jak hezky sedí u stolu, čte si, nikoho nepotřebuje, vystačí si úplně sám.*“ Jednalo se o mého kamaráda z dětství. Ano, opravdu nikoho nepotřeboval. Po jeho smrti v 18 ti letech, kdy se v noci oběsil, mu posmrtně diagnostikovali depresi.

Téma informovanost dospívajících o depresi jsem si zvolila z důvodu četnosti výskytu deprese u dospívajících v České republice. Dalším důvodem je, že se v mém okolí pokusili o sebevraždu z důvodu probíhající deprese již dva lidé v adolescentním věku, jeden bohužel s následkem smrti, druhý suicidální pokus přežil.

O depresi v dospívajícím věku se příliš nemluví, nepřikládá se tomuto tématu důležitost, avšak statistické údaje mluví protichůdně. V dnešní době neplatí, že problémy mají jen dospělí, ale bohužel si to podle mého názoru hodně lidí stále myslí.

Při hledání relevantních zdrojů k psaní práce jsem nalézala kapitoly o depresi převážně ve spojitosti s dospělými. Deprese v dětském či adolescentním věku nemá přílišné zastoupení ani v literárních pramenech. Na základě dostupných materiálů, které jsem našla, bych chtěla rozšířit povědomí o této plíživé, zpočátku nenápadné nemoci, která vede k smrtelným následkům a netýká se pouze dospělých.

Cílem teoretické části bakalářské práce je rozšířit povědomí o důležitosti informovat, zejména dospívající, charakterizovat období dospívání se všemi vývojovými aspekty a nakonec přiblížit problematiku deprese se všemi dostupnými informacemi. Cílem empirické části je zjistit pomocí dotazníkového šetření, jak jsou adolescenti informováni o problematice deprese. Zda by byli schopni depresi u svých vrstevníků i u sebe poznat, za kým by se v případě prvotních známek vydali pro radu či pro pomoc. Domnívám se, že se adolescenti o tuto problematiku nezajímají dostatečně. Vztyčený prst se objeví až ve chvíli, kdy se stane neštěstí v podobě suicidálního pokusu či přímo suicidálního činu. Důležité je si uvědomit, že větší informovanost může pomoci předcházet těmto nešťastným činům či pokusům. Samozřejmě je informovat adolescenty i jejich rodiče. Domnívám se však, že prvních příznaků, že něco není v pořádku, si všimnou spíše spolužáci než jejich rodiče.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Charakteristika období dospívání

Dospívání je životní období, které zapadá mezi dětství a dospělost. „Jedná se o část života jedince mezi 11. a 22. rokem“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, p. 143). Dochází zde ke kompletní proměně osobnosti jak po stránce podmíněné biologicky, tak psychicky i sociálně. Období dospívání má jako ostatní životní etapy své charakteristické znaky a jejich specifický význam. Jedním ze současných tendencí dnešních adolescentů je, co nejrychleji přežít období dětství, zbavit se atributů tohoto období, usilovné sociální podřízenosti a získat svobodu. Ovšem málokterý adolescent si ovědomuje, že přijetím práv a svobody musí čelit také povinnostem a zodpovědnosti za svá jednání, které se k tomu neodmyslitelně váží (Vágnerová, 2012).

### 1.1 Období pubescence

Období pubescence se rozděluje do dvou fází. První fází prepuberty, tzv. první prepubertální fáze, začíná prvními známkami pohlavního dospívání. Zejména se jedná o sekundární pohlavní znaky a zvýšení růstu. Toto období končí nástupem menarche u dívek a u chlapců první emisí semene, tzv. noční poluce. První prepubertální fáze trvá od zhruba 11 do 13 let věku. Druhá fáze prepuberty, nazývaná také jako vlastní fáze prepuberty nebo druhá prepubertální fáze, trvá od zhruba 13 do 15 let, kdy bývá dosažena reprodukční schopnost jedince. U dívek nastupuje menzes, která je obvykle nepravidelná a anovulační. Pravidelný a současně i ovulační cyklus začíná zpravidla po 1 či 2 letech po prvním menzes (Langmeier & Krejčířová, 2006).

### 1.2 Období adolescence

V tomto období je zahrnuto zpravidla 5 let po druhé prepubertální fázi a trvá od 15 do 20 let věku s určitými individuálními rozdíly v psychické a sociální oblasti. V této fázi, kdy byly plně vyvinuty sekundární pohlavní znaky a plná reprodukční schopnost jedince, často dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Formuje se identita jedince, vztahy bývají hlubší a mění se sebepojetí (Langmeier & Krejčířová, 2006, p. 143). V období adolescence dochází ke komplexnější psychosociální proměně osobnosti, mění se jak osobnost jedince tak jeho postavení ve společnosti. Důležitým bodem je ukončení základního vzdělání a následné pokračování na středních školách či učebních oborech a gymnáziích. Vázanost na rodinu, která dominuje období dětství, je obvykle dokončena a vztahy s rodiči se stabilizují. V 18 letech je u jedince dosažena plnoletost, která představuje hlavní sociální mezník dospělosti. Plnoletí adolescenti získávají nové sociální role, které jsou úzce spojené s častým získáním ekonomické nezávislosti (Vágnerová, 2012).

### 1.3 Tělesné proměny v období dospívání

Významným signálem dospívání je tělesná proměna. Proměna vzhledu je velmi intenzivně prožívána, neboť zevnějšek pubescenta či adolescenta je součástí jeho vlastní identity. Může za svou proměnu být pyšný, či se za ní stydět, záleží na představě o ideálu atraktivity dospělejšího zevnějšku nebo sociální reakci na tělesnou proměnu. Pokud jsou reakce negativní, mění se výrazně sebepojetí jedince a zvýší se jeho nejistota. Tělesné proměny mohou pro adolescenta představovat soubor nepříjemných podnětů, které by rád zastavil nebo alespoň zbrzdil. Tyto nepříjemné podněty mohou vést i k popírání reality např. dívka nosí volné oblečení, aby zakryla narostlá prsa. Popírání reality u dívek způsobuje např. erotické pokřikování ze strany jejich vrstevníků, především pak chlapců na její osobu (Vágnerová, 2012).

Pro období adolescence je charakteristický postupný pokles zastoupení tukové tkáně se sexuální diferenciací v období puberty, kde u chlapců je charakteristický nižší nárůst tukové hmoty než u děvčat. Intersexuální rozdíly v zastoupení netukové hmoty a jejich složek se začínají projevovat ve věku 13 let, kdy u chlapců dochází k vyššímu nárůstu svalové hmoty než u děvčat (Malá & Malý & Zahálka & Teplan, 2013 pp. 86 - 87).

U chlapců je typické přání zrychlení tělesného dospívání např. chlapec si přeje nebýt už nejmenším ve třídě, neboť to pokládá za znak podřadnosti ve skupině brzy vyspělých chlapců. Tito brzo vyspělí jedinci bývají obvykle atraktivní, zaujímající vedoucí role. Naopak chlapci, kteří dospívají později, bývají terčem posměchu až agrese ze strany silnějších vrstevníků. U chlapců je důležitá hlavně vizuální stránka svého těla z hlediska výšky postavy, která je symetrická s výškou dospělého člověka, a tak nepůsobí podřadným dojmem jako je tomu u nižšího vzrůstu, který je přisuzován dětskému období. Tělesná výška v tomto případě zvyšuje sebevědomí jedince a fyzická síla posiluje sebejistotu (Vágnerová, 2012).

Ve fázi formování osobnosti dospívajícího se uplatňuje i jeho tělesný vzhled. Svým tělem se často zabývá a hodnotí ho podle stávajícího ideálu atraktivity. Nespokojenost s jednotlivými partiemi těla je převážně záležitostí dospívajících dívek. Štíhlost je podle nich považována za nejdůležitější aspekt přitažlivosti. U chlapců jsou tyto pozorovací aktivity poměrně menší, ale také se objevují. Výskyt v četnosti u chlapců se liší, jelikož chlapci v adolescenci přibírají svalovou hmotu a s ní i tělesnou hmotnost, přičemž se přibližují kulturnímu ideálu krásy, se kterým jsou většinou spokojeni, a snaží se přibírat víc zejména kvůli děvčatům (Miertová, 2012).

## 1.4 Psychický vývoj v období dospívání

Psychický a tělesný vývoj u adolescenta je ve většině případů variabilní záležitost. Ne vždy je nutné, aby stejně vyvinutý jedinec po tělesné stránce byl i vyvinut po stránce psychické. Objevují se dospívající, kterým se dříve vyvine tělesná schránka než psychická a naopak. Mnohé děti tak nevykazují změny pohlavního zrání, přesto již začínají myslet vyspělým způsobem, začínají být kritičtí ke svému okolí i ke své osobě, což je pro období adolescence charakteristické. Naproti tomu mnozí pohlavně vyzrálí jedinci jsou stále emočně a intelektuálně infantilní (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V průběhu dospívání dochází v mozku k zefektivnění neuronálního spojení. Efektivní propojení neuronálních drah má za následek rychlejší zpracovávání informací a aktivizaci dalších oblastí mozku. S ní se mění i produkce látek, které tuto aktivitu ovlivňují tzv. neurotransmitery. S obdobím dospívání je spojováno např. zvýšení hladiny dopaminu, které má v některých pramenech za následek nárůst tendence k rizikovému chování a vyhledávání vzrušujících zážitků u adolescentů (Vágnerová, 2012).

Centrem emočního prožívání je limbický systém, který se v adolescenci nachází ve fázi dozrávání. Vysvětluje se tím významný nárůst tendence adolescentů reagovat až přehnaně emocionálně na určité podněty a emoční prožitky vnímat s větší intenzitou (Vágnerová, 2012, p. 373). Častým jevem u dospívajících jedinců je emoční nestabilita, časté a nápadné změny nálad, negativní rozladění, či nepředvídatelnost reakcí na určité podněty. Obtíže spojené s nestálostí a snížením koncentrace mohou mít za následek problémy ve škole, hlavně pak školní prospěch, na který je v tomto období kladen velký důraz, jak z rodiny i samotných pedagogů. Objevují se i situace, kdy ani samotní adolescenti nerozumí svým reakcím, pozorují své stavy a pomalu se uzavírají do sebe, do svého niterního světa odtrženého od reality (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Základem problémů, které adolescenty postihují, je rozdílné tempo dozrávání částí mozku, především limbický systém, který v tomto období dozrává o něco dříve než prefrontální kůra. Problém vznikající vlivem brzkého dozrávání limbického systému, je nemožnost kontroly nad emocemi dospívajících a z toho plynoucí chování. Adolescenti tím prožívají velmi silné emoce, které nemohou žádoucím způsobem regulovat (Vágnerová, 2012). „Emoce významným způsobem narušují schopnost logického uvažování a u adolescentů se toto narušení objevuje vícečetně z důvodu zvýšené intenzity emočních prožitků a obtíží v jejich ovládnutí“ (Vágnerová, 2012, p. 373). Z důvodu měnícího se emočního prožívání, je adolescence také obdobím rizikové z hlediska vzniku psychických onemocnění. Mezi nejčastější patří psychotické poruchy, afektivní poruchy a poruchy příjmu potravy (Uhlíková, 2012, p. 369).

„Zvláštnosti psychiky u dospívajícího jedince jde souhrnně chápat jako více či méně nepodařené úsilí o přizpůsobení na biologické, psychické a sociální podmínky“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, p. 148).

## **1.5 Socializace v období dospívání**

Hlavními atributy socializace v období adolescence jsou vztahy v rodině, osamostatňování, vztahy s vrstevníky a navazování vztahů partnerských. Langmeier & Krejčířová (2006) uvedli, že tyto atributy patří mezi hlavní vývojové úkoly v období dospívání. Přiznávají, že osamostatňování a navazování vztahů s vrstevníky je proces, který trvá již od dětství a pokračuje až do dospělosti, ale dodávají, že v období adolescence se jedná o proces klíčový a rozhodující pro pozdější převzetí základních rolí, jako jsou role manželské a rodičovské.

### **1.5.1 Vztahy v rodině**

Rodina pro dítě představuje základní citovou jistotu, bezpečí a útočiště, k němuž se uchyluje obvykle při trápení, ohrožení a bolesti. Rodina je důležitým článkem v životě dítěte mladšího školního věku, staršího školního věku i adolescenta. Studie ukazují, že rodiče jsou pro mnohé dospívající nejdůležitějším zdrojem sociální opory, jelikož v případech emočních problémů nebo vztahových konfliktů se nejčastěji obrací k matce a na druhém místě teprve uvádějí své vrstevníky (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Rodina a rodinné vztahy jsou významným rizikovým faktorem, např. u suicidálních jednání adolescentů, suicidálních činů, psychických onemocnění a dalších. Konkrétně konfliktní rodinné vztahy, těžké porozvodové spory či složitá sociální situace rodiny (Koutek & Kocourková, 2013; Uhlíková, 2012).

Proces osamostatňování trvá od dětství a pokračuje do dospělosti. Každé dítě si hledá vlastní způsob, jakým nakonec získá potřebnou samostatnost. Anna Freudová popisuje nejčastější způsoby, kterým se adolescent snaží získat svou osobitou nezávislost. Nejčastější bývá přemísťování citových vazeb, které jsou doprovázeny přeháněním rozdílů v chování, názorech a zájmech rodiče, kdy se jedná zejména o kritizování rodičů, vytýkání jim skutečných nebo fiktivních nedostatků, odmítání projevů něžnosti a lásky a brání se jejich kontrole. Na druhé straně někdy až nekriticky přijímají nové vzory a životní cíle. Proces emancipace od rodiny obvykle probíhá postupně s náhlými výbuchy, které představují útoky k vytouženým či zdánlivě ideálním vztahům. Čím hlubší, jistější a s méně konflikty jsou rodinné vztahy, tím snáze pak probíhá samotný proces osamostatňování, který je nutný pro osobní zrání každého jedince (Langmeier & Krejčířová 2006).

### **1.5.2 Vztahy s vrstevníky**

Při emancipaci adolescentů od rodiny se současně navazují nové a diferencované vztahy k jejich vrstevníkům. Vztahy je připravují na nové a trvalé emoční vztahy v dospělosti. Navazování vztahů s vrstevníky se rozděluje do pěti etap.

První etapou je skupinová izosexuální fáze. K fázi dochází zpravidla v období puberty. Vyznačuje se vytvářením skupin složených z jedinců stejného pohlaví, tudíž jedinci opačného pohlaví jsou výrazně odmítáni. Chlapci zavrhnou děvčata, protože jim připadají moc ufnukaná a nesdílejí jejich zájmy, a dívky odmítají chlapce, protože se jim zdají být hrubí.

Druhá etapa, která přichází ve fázi vlastní puberty je individuální izosexuální fáze. Ve fázi se silně ozývá potřeba intimního párového přátelství. Navazování užšího emočního vztahu je důležité především z potřeby svěřovat druhému tajná přání, soukromé pocity a intimní zkušenosti. Párové přátelství u chlapců je často založeno na společných zájmech a párové přátelství dívek na hlubším emočním souznění. Přátelství přetrvávají dlouho a mnohdy až do stáří.

Ve třetí etapě se začíná budit zájem o druhé pohlaví. Je diferencovaná jako přechodná fáze. Ve fázi je charakteristické pokřikování a posměšky na jedince, kteří překonali tabu skupinové orientace. Často se však zájem projevuje jen "na dálku", a zúčastnění stále zůstávají ve skupině, kde cítí potřebnou jistotu.

Na přelomu pubescence a adolescence se objevují tzv. první lásky. Jsou to skutečné vztahy mezi chlapci a dívkami, které jsou velmi silně emočně prožívány. Fáze se nazývá heterosexuální polygamní. Hlavním prvkem fáze je poznávání, získávání nových zkušeností, které jsou spojené s navázáním hlubšího intimního vztahu k jedinci opačného pohlaví. U dívek je přikládán význam přitažlivosti, vtipu a chlapci dávají na obdiv svou odvahu, sílu a odvážnost.

Pátá fáze, nazývaná jako etapa zamilovanosti, přichází o hodně později. Partnerský vztah se ustaluje a vyúsťuje v hluboké porozumění mezi jedinci, oddanost. V ideálních případech následuje autentický erotický vztah se záměrem uzavření manželského svazku a založením rodiny. K tomuto dochází většinou na konci adolescence nebo na počátku dospělosti. (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Vlivem moderní doby a moderních možností a technologií jako jsou mobilní telefony, počítače apod. se tyto fáze značně urychlují a pozměňuje se tak celý cyklus. Přes již zmíněné technologické vymoženosti se zrychlují poznávací procesy u obou pohlaví, vytrácí se pozvolné poznávání a navazování citových vazeb. Děti tímto společenským tlakem povrchně vplouvají do života dospělých, začínají žít bohatým sexuálním životem

bez citové provázanosti a emočního stabilního pouta, které je žádoucí (Langemeier & Krejčířová, 2006). Navazování vztahů s vrstevníky a navazování vztahů stálějších, partnerských může být i rizikovým faktorem pro vznik psychiatrických onemocnění a jejich komplikací. Zejména se jedná o problémy adolescenta v psychosexuálním vývoji, nejistota v sexuální orientaci, problémy v prvních partnerských vztazích a s tím spojené potíže s přijetím sexuální role a začátkem sexuálního života (Koutek & Kocourková, 2013; Uhlíková, 2012).

## **2 Edukace**

Navázání kontaktu s člověkem je důležité v každé oblasti lidského života. Mimořádný a nezastupitelný význam má však v medicíně. (Fričová, 2010; Hošková, 2010; Juřeníková, 2010; Korešová, 2009).

Pojem edukace je definován jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, jehož cílem je navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích, postojích a dovednostech. Jde o proces vzdělávání a výchovy každého jedince. Edukační proces je činnost, při které dochází k učení. Proces probíhá od prenatálního života až do smrti. Do procesu edukace patří 4 determinanty. Edukant/ti, edukátor, edukační zákonitosti a edukační prostředí (Juřeníková, 2010, pp. 9-10).

Edukant je jedinec bez rozdílu věku i pohlaví. Ve zdravotnictví je edukantem zdravý nebo nemocný klient. Každý edukant je individuální, a proto je při samotné edukaci nutný individuální přístup. V praxi to znamená, že se nebude edukovat malé dítě stejným způsobem jako dospělý člověk a naopak.

Edukátorem je subjekt, který iniciuje proces edukace. Ve zdravotnictví bývá edukant všeobecná sestra, lékař, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut a další.

Edukační zákonitosti představují plány, zákony, předpisy a edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí charakterizuje místo, kde proces edukace probíhá. Při samotném procesu mohou edukátora i edukanta ovlivňovat vlivy jako např. osvětlení, velikost místnosti, ve které edukace probíhá, dostatek soukromí apod. (Juřeníková, 2010).

### **2.1 Význam edukace u duševně nemocných pacientů**

Přístup k psychiatricky nemocnému člověku je náročný proces pro každého zdravotnického pracovníka. Úskalí v navázání vřelého vztahu se objevují ze strany zdravotnického personálu i ze strany samotných pacientů. Často se jedná o nespolupráci

pacienta se zdravotnickým personálem, nedodržování denních či léčebných režimů, ale i nedostatečnou empatii, trpělivost a psychickou odolnost ze strany pečujících zdravotníků.

Pro bezproblémový proces edukace s duševně nemocným pacientem je potřebné navázat a udržet si hřejivý, nikoli ale příliš blízký vztah. Nutné je také zajistit, aby pacient netrpěl obavami, protože pocit bezpečí a jistoty je pro něj velice důležitý. Samotná edukace, která je vhodně a správně vedena napomáhá pacientovi k uklidnění, získání správného náhledu na onemocnění či situaci a slouží k prevenci nového vzplanutí nemoci a ke změně přístupu pacienta ke své životosprávě a k léčebnému režimu. U duševně nemocných je také důležité edukovat příbuzné pacienta. Pacient, který cítí podporu své rodiny a blízkých se snadněji vyrovnává se svým onemocněním. (Fričová, 2010). „Ovšem duševně nemocní jsou nejvíce zanedbáváni ze strany své rodiny. Rodina se často bojí hanby“ (Fričová, 2010, p. 34).

## **2.2 Význam edukace u rizikových adolescentů**

Proces edukace ve zdravotnictví je důležitým článkem v oblasti primární, sekundární i terciální prevence (Juřeníková, 2010, p. 11).

Oblast primární prevence je důležitá pro péči o zdraví celé populace. Významnější roli tato oblast sehraje v období dětství a dospívání, jelikož se v tomto období začínají vytvářet určité stereotypy a návyky, které mohou výrazně ovlivňovat zdraví jedince až do dospělosti (Vrublová, 2009).

Dospívající, kteří mají dispozice ke vzniku poruchy chování a emocí mají specifické kompetence v sociálních, fyzických a osobnostních oblastech. Mezi ně patří např. rizikový temperament, zkreslené sebehodnocení, fyzické napětí, nevyrovnanost, menší adaptační schopnosti apod. Prevence se u těchto jedinců provádí prostřednictvím poskytování poradenství. Intervenční postupy jsou potom zaměřeny na skupiny lidí v populaci, které jsou rizikové z hlediska projevů poruch chování a emocí (Valentinová, 2008).

## **2.3 Oblasti intervence u rizikových adolescentů**

Intervenční postupy určují co, nebo čeho chce rizikový jedinec dosáhnout a na základě toho se vypracuje vhodný postup, který mu pomůže dosáhnout svého cíle. Mezi tři nejdůležitější a nejvhodnější intervence patří intervence v rodině, ve škole a intervence adolescenta k sobě samému.

Intervenční postupy v rodině jsou důležité především z hlediska zlepšení vztahů uvnitř rodiny. Časté jsou problémy v komunikaci mezi jednotlivými členy, nedostatečná motivace ze strany rodičů či špatně vedená výchova. Intervence se zaměřuje hlavně na zvládání problémového chování adolescenta a to naučením a výběrem správného způsobu reagování na určité podněty, jaké jsou např. stres, problémy ve škole, šikana.



Důležité je nejdříve zjistit, zda adolescent ví, jak se správně zachovat, ale tyto způsoby ignoruje, nebo neví, jak se zachovat lépe. Je nutné si ale uvědomit, že každé hodnocení určitého rizikového adolescenta je individuální a záleží na okolnostech, jako jsou životní situace, sociální začlenění nebo samotný osobní vývoj (Valentinová, 2008; Mikšová, 2013).

Učitelé jsou pro identifikaci rizikového či problémového adolescenta velice důležití. Jednak z důvodu, že s těmito jedinci přichází do styku téměř pravidelně a mohou si tak všimnout určitých odlišností v chování např. zvýšená přecitlivělost, agrese vůči sobě nebo svým vrstevníkům, obecné chování během vyučování nebo nepravidelnost v docházce, časté absence apod. „Z hlediska intervence ve školách je důležitá úprava edukačního procesu na základě diagnostiky školního psychologa, výchovného poradce nebo zařízení výchovné péče“ (Valentinová, 2008, p. 36).

Intervence u samotného dospívajícího je založena na schopnosti pozorování a sebe poznávání jedince. V dnešní době je nepřeberné množství různých kurzů, seminářů na rozvíjení osobnosti a poznávání. Obvykle tyto semináře a kurzy pracují se sociálně komunikačními schopnostmi, mezi které se řadí pomoc, spolupráce, řešení a zvládání zátěžových situací, konfliktů, umění vytvořit a prezentovat vlastní názor apod. Cílem těchto cvičení je pomoci dospívajícímu orientovat se ve svém nitru a nalézat odpovědi na jeho existenční otázky (Valentinová, 2008).

### **3 Deprese u adolescentů**

Problémy s depresí jsou jedny z nejčastějších v populaci moderního světa a její incidence ve světě stále stoupá. Deprese je charakterizovaná jako porucha nálady, konkrétně se jedná o změny emočního stavu směrem ke smutku. Jedná se o problematiku, která se netýká jen dospělé populace. Objevují se studie, které diagnostikují depresi u předškolních dětí, školních dětí a adolescentů. Deprese u dětí a adolescentů se liší od deprese u dospělých pacientů v příznacích i v průběhu onemocnění. Důležitá je i rozdílnost v diagnostice a léčbě (Goetz, 2005; Jonáš, 2009, Volkmar & Martin, 2011).

#### **3.1 Dosavadní stav poznání**

V roce 2009 byl realizován výzkum v rámci diplomové práce studentkou Kateřinou Mišíkovou na Filozofické fakultě Masarykovy Univerzity v Brně. Výzkum se zabýval pohledem vysokoškolských studentů na depresi.

V roce 2009 byl realizován výzkum studentkou Petrou Hyblerovou v rámci bakalářské práce na Fakultě humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Výzkum se zabýval depresivními poruchami v adolescenci. Hlavním cílem výzkumu bylo

zjistit, jak prodělanou depresi v adolescenci vnímají lidé s odstupem času (tedy v rané dospělosti) a zda je jejich dosavadní život depresí nějak poznamenán, ať už pozitivně či negativně.

V roce 2011 byl realizován výzkum studentkou Evou Šleglovou v rámci diplomové práce na Pedagogické fakultě Západočeské Univerzity v Plzni. Výzkum se zabýval depresí v adolescenci. Cílem výzkumu bylo zjistit zastoupení depresivních příznaků a celkové hladiny deprese u vybraného vzorku adolescentů.

### **3.2 Výskyt deprese v ČR**

Deprese u adolescentů bývá spojována s diagnózami F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady), F41 Jiné anxiózní poruchy a F42 Obsedantně-nutková porucha. Pro lepší klasifikaci statistických údajů dle ÚZIS bude hodnocena jen skupina diagnóz F30- F39.

Podle zdravotnické ročenky vydané institucí ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), bylo v roce 2010 v České republice 96 285 lidí se skupinou diagnóz F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady). Skupina dle ÚZIS zahrnuje následující diagnózy:

- F30 Manická fáze,
- F31 Bipolární afektivní porucha,
- F32 Depresivní fáze,
- F33 Periodická depresivní porucha,
- F34 Perzistentní afektivní poruchy,
- F38 Jiné afektivní poruchy,
- F39 Neurčená afektivní porucha.

Z celkového množství bylo 67,5% žen a 32,5% mužů. Vidíme zde velký rozdíl ve výskytu deprese v závislosti na pohlaví. Ženy významně převyšují muže. Podle psychiatrické ročenky pro rok 2010 vypracované institucí ÚZIS se skupina F30-F39 vyskytovala u 0,4% dětí mezi 0. až 14. rokem a u 2,2% dětí v rozmezí 15 až 19 let. Celkový počet dětí s afektivními poruchami v roce 2010 byl 2 463.

V roce 2011 se počet lidí se skupinou diagnóz F30-39, zvýšil na 102 671. Ženy stále převyšují muže v počtu 68,8% u žen a 31,4% u mužů. Počet dětí s afektivními poruchami klesl na 0,4% u dětí mezi 0. až 14. rokem a 2% u dětí v rozmezí 15 až 19 let. Celkový počet dětí trpících afektivními poruchami za rok 2011 byl 2 464. Snížení incidence zde nebylo výrazné oproti předešlému roku (Zdravotnická ročenka 2011, ÚZIS; Psychiatrická péče 2011, ÚZIS).

V roce 2012 byl počet lidí se skupinou diagnóz F30-39 vyšší než rok předchozí. Šlo o počet 107 273. Počet žen stoupl na 68,8% a počet mužů zůstal stejný, 31,4%. Děti od 0

do 14 let byly v zastoupení 0,3% a jedinci od 15 do 19 let byli v zastoupení 1,8%. Oproti letům 2010 a 2011 je zde vidět mírný pokles incidence. Stále se ovšem jedná o přibližně 2 253 dětí s afektivními poruchami (Zdravotnická ročenka 2012, ÚZIS; Psychiatrická péče 2012, ÚZIS).

Ve zdravotnických ani psychiatrických ročenkách vydaných institucí ÚZIS nebyly podrobně rozpracovány jednotlivé diagnózy. Ovšem autorka Uhlíková (2012) uvádí, že se deprese objevují u přibližně 4-8% dospívajících a jsou častější u dívek. Také autor Goetz (2005) uvádí, že se prevalence deprese u dětí pohybuje od 2-4%, a u adolescentů prevalence roste na 4-8%, přičemž dívky jsou tímto onemocněním postiženi dvakrát častěji než chlapci.

### **3.3 Typy deprese**

Autor Carr-Gregg (2012) s odkazem na lékaře a vědce rozděluje depresi na několik typů: unipolární poruchy a bipolární poruchy.

#### ***Unipolární poruchy***

Tento typ deprese obsahuje pouze depresivní epizody. Znamená to, že se smutek nestřídá s euforií. Typ ještě autor rozděluje do podskupin.

Melancholická deprese je charakterizovaná nedostatkem energie, špatnou koncentrací, pomalostí nebo naopak agitovaností. Melancholická deprese má biologické příčiny a je poměrně vzácná. Velmi dobře se léčí antidepresivy a elektrokonvulzivní terapií.

Dalším typem je deprese reaktivní. Jedná se o nejběžnější typ a iniciují jí obvykle stresové události a významným rizikovým faktorem je i samotný osobnostní typ pacienta.

Dystymie je lehčí forma deprese, obvykle chronická, která přetrvává mnoho let. Nebezpečí této lehčí formy jsou možné predispozice ke vzniku těžších forem (Carr-Gregg, 2012).

#### ***Bipolární poruchy***

Druhý typ deprese byl dříve označován jako maniodepresivní psychóza. Jde o poruchy, pro něž je charakteristické střídání fází smutku a mánie. Fáze manická, se vyznačuje přehnaným optimismem, sebejistotou, omezením zábran. Naproti tomu fáze smutku, depresivní fáze, bývá charakterizovaná propadnutím do beznaděje, nudy až apatie. Depresivní fáze obvykle doprovází psychotické příznaky, jako jsou halucinace a bludy. Tento typ je v adolescentním věku na vzestupu a obtížně se diagnostikuje (Carr-Gregg, 2012; Uhlíková, 2012).

Autor Carr-Gregg (2012) ještě zmiňuje sezónní afektivní poruchu. Jde o poruchu závislou na ročním období. Tento typ se začíná projevovat na podzim nebo v zimě a končí v období jara, léta. Mezi charakteristické příznaky patří zvýšená potřeba spánku, zvýšená chuť k jídlu, na sladké a s tím spojené přibírání na váze.

### **3.4 Rizikové faktory deprese u adolescentů**

Na rozvoji deprese se podílí i mnoho rizikových faktorů. V období dospívání jsou to často problémy ve škole. Typická je nadměrná školní zátěž, špatný kolektiv nebo jakékoli druhy šikany ze strany spolužáků. Dalším rizikovým faktorem je bezpodmínečně ženské pohlaví. Jak vyplývá ze statistických údajů instituce ÚZIS, dívky a ženy trpí depresemi častěji v porovnání s chlapci a muži. Problémy v rodině, zejména konfliktní vztahy mezi členy, těžká porozvodová situace mezi rodiči, nevyřešená smrt blízkého nebo domácí násilí se taktéž řadí mezi situace, které významně ovlivňují psychický stav adolescenta. V období dospívání, kdy mimo jiné dochází k navazování intimních partnerských vztahů, bývají rizikem špatné vztahy mezi partnery, hádky či samotný rozchod s partnerem. V neposlední řadě mezi rizikový faktor patří genetická zátěž. Ovšem na vzniku se podílí i kombinace genetické zátěže a vnějších faktorů výše uvedených. K rozvoji deprese bývají náchylnější i některé osobnostní typy člověka, například pesimisté nebo melancholici (Carr-Gregg, 2012; Goetz, 2005; Koutek & Kocourková, 2013).

### **3.5 Příznaky deprese u adolescentů**

U adolescentů se často vyskytují příznaky jako problémy se spánkem ve smyslu nadměrné spavosti nebo naopak nespavost a časně ranní buzení, dlouhodobě smutná nálada, která trvá minimálně dva týdny se záchvaty pláče, pocity nudy, zhoršení školního prospěchu, omezení vedlejších aktivit, např. sport, kamarádi, koníčky, snížená schopnost soustředění, zanedbaný vzhled, výkyvy nálad během dne, pocity bezmoci a bezradnosti spolu s přesvědčením, že nic nemá smysl a že se svými pocity nemůže nic udělat. Příznaků deprese je celá řada a vzájemně se kombinují nebo ústí v psychosomatické příznaky, např. z pocitu strachu vznik bolestí břicha, ze záchvatů pláče vznik bolestí hlavy a další. Je důležité kombinace nepodceňovat a ihned vyhledat lékařskou pomoc. Pocity bezmoci a bezradnosti často vedou ke vzniku sebepoškozování, suicidálním myšlenkám nebo činům (Carr-Gregg, 2012; Koutek & Kocourková, 2013; Nývltová, 2008; Uhlíková, 2011).

Dospívající, kteří zjišťují, že něco není v pořádku, své příznaky podceňují nebo se je snaží lidově "zahánět". Mezi nečastější způsoby zastírání příznaků rizikové aktivity, mezi které patří nadměrné riskování, nadměrné užívání alkoholu nebo drog a promiskuitní chování. Ovšem rizikové aktivity ještě více zhoršují sebehodnocení adolescenta i depresivní prožívání (Goetz, 2005; Uhlíková, 2012).

### 3.6 Diagnostika deprese u adolescentů

„Správná diagnostika je nezbytným předpokladem pro efektivní a cílenou léčbu u každého onemocnění, včetně léčby deprese“ (Orel & kolektiv, 2012, p. 46).

Cílem diagnostiky je identifikovat jednotlivé symptomy a seřadit je do klinických jednotek – tedy zhodnotit komorbidní poruchy a odhalit rizikové faktory a faktory, které mohou negativně ovlivňovat průběh i prognózu léčby (Goetz, 2005, p. 272).

Rozpoznat depresi u dospívajících je obtížné z důvodu charakteristických psychických či emočních vývojových aspektů, souvisejících s tímto vývojovým obdobím, například náladovost je v období adolescence běžným jevem a nemusí přímo signalizovat počínající depresi. Pokud ale mají rodiče pocit, že by jejich dítě mohlo touto nemocí trpět, měli by nejdříve navštívit praktického lékaře a ten podle závažnosti dítě odešle k psychologovi nebo přímo doporučí do psychiatrické ambulance. Ke zjištění počínající deprese slouží kromě celkového klinického stavu i tzv. Beckova posuzovací škála deprese (viz příloha A). Jedná se o dotazník, který jedinec vyplňuje jednou týdně (Carr-Greg, 2012).

### 3.7 Léčba deprese u adolescentů

Léčba deprese zahrnuje čtyři složky: individuální psychoterapii, rodinou psychoterapii, psychoedukaci a farmakoterapii. Obvykle se v léčbě deprese u dospívajících kombinuje farmakoterapie s psychoterapií. Z farmakoterapie jsou nejznámější skupinou antidepresiva a jejich podskupiny, dále léky na uklidnění, např. druhy benzodiazepinů, antipsychotika, či léky na potlačení úzkosti tzv. anxiolytika. Skupiny léků se obvykle kombinují a je výhradně na ošetřujícím lékaři, jaký lék u daného adolescenta zvolí. Každý případ je individuální a taktéž se k němu i přistupuje z hlediska výběru vhodného způsobu psychoterapie (Carr-Gregg, 2012; Goetz, 2005).

Dalším typem léčby deprese u adolescentů je použití účinné psychoterapie. Psychoterapie je vědní disciplína, která má přesná pravidla. Nejedná se o pouhé empatické mluvení, které by měl zvládnout každý rodič, jak si většina laické veřejnosti myslí (Goetz, 2005, p. 273).

Nejčastější a nejrozsáhlejší typ psychoterapie je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Je zaměřená na příznaky, je strukturovaná a každé sezení má svojí předem danou náplň, při níž se psychoterapeut nezabývá minulostí, ale současností. Pomáhá dospívajícímu rozpoznat negativní vzorce chování a myšlení a pomáhá mu jej nahrazovat myšlením pozitivním, což ho poté výrazně ovlivňuje v každodenním životě. Cílem KBT je adolescentovi pomoci osvobodit se od negativních myšlenek a naučit ho myslet pozitivně a formovat nové návyky a dovednosti. Při této terapii je důležitý partnerský vztah mezi adolescentem a psychoterapeutem, který podmiňuje spolupráci (Carr-Gregg, 2012; Křivohlavý, 2003).

### **3.8 Nebezpečí sebevražd u adolescentů s depresí**

Diagnóza deprese bývá často spojována s nebezpečím vzniku sebevražedných jednání. Dalšími diagnózami, které mají jistou spojitost se sebevražedným jednáním u adolescentů, jsou např. poruchy příjmu potravy, poruchy vyvolané užíváním návykových látek nebo poruchy osobnosti (Carr-Gregg, 2012; Cleaver, 2007; Goetz, 2005; Koutek & Kocourková, 2013; Nývtová, 2008).

Dle Bockové (2011) téměř 2/3 jedinců trpící depresí doznávají suicidální myšlenky a téměř 15% z nich suicidium opravdu spáchá. Pro adolescentní věk je typický suicidální pokus. Ve výskytu sebevražedných pokusů dívky výrazně převyšují chlapce. Obvykle je tato skutečnost dána tím, že dívky volí metody, které mají méně tragické následky, např. pokus o předávkování léky. Naproti tomu v počtu dokonaných sebevražd výrazně převažují chlapci nad dívkami. Jedná se o třetí nejčastější příčinu úmrtí chlapců v adolescentním věku (Bocková, 2011; Carr-Gregg, 2012, Koutek & Kocourková, 2013).

#### **3.8.1 Varovné signály**

Adolescenti se sebevražednými sklony mají tendenci vysílat varovné signály, které mají upozornit na jejich plánování či úvahy vzít si život. Nejvýraznější varovné věty, které mají upozornit, že se něco děje, jsou:

- „Chci se zabít“ nebo „Zabiju se“.
- „Beze mě by vám/všem bylo líp“.
- „Život nemá smysl“ nebo „Nic už tady nemá smysl“.
- „Brzo už nebudu dělat žádné problémy“.

Varovné příznaky, které se u adolescentů objevují, jsou:

- Časté vyptávání nebo čtení knih na téma smrt, život po smrti, nebe apod.,
- náhlé zneužívání alkoholu či drog,
- útěky z domova, záškoláctví,
- zanedbávání vlastního vzhledu,
- dávání najevo pocitů izolace a vyhledávání samoty,
- vykazování radikální změny chování vůči okolí,
- vyhýbání se lidem a věcem, které ho bavili,
- zbavování se svých oblíbených věcí,
- riskování, pouštění se do riskantních věcí, sportů apod. (Baroňová, 2009; Carr-Gregg, 2012).

„Výrazným varovným signálem je již proběhlé nebo probíhající sebepoškozování adolescenta. Sebeпошкоzování v ČR stoupá“ (Koutek & Kocourková, 2013).

### **3.9 Prevence vzniku duševních poruch a suicidálních jednání u adolescentů**

Preventivní přístup v pedopsychiatrii a pedopsychologii se snaží o podporu duševního zdraví a prevence patologických jevů v dané věkové skupině. Preventivní přístupy jsou důležité také v oblasti suicidálního chování u rizikových adolescentů, jelikož je zde šance zachytit jejich presuicidální projevy včas (Koutek & Kocourková, 2003).

Prevence se rozděluje do třech úrovní- prevence primární, sekundární a terciární.

Primární prevence se zaměřuje na zabránění vzniku duševních poruch u zdravých jedinců. Specifická primární prevence je cíleně zaměřována na konkrétní rizika. Velký význam má důraz na vyvážený životní styl, na péči o tělo, psychiku, vztahy a všeobecnou osvětu o problematice onemocnění, možnosti léčby apod.

Prevence sekundární má zaměření na rizikovou skupinu jedinců, kteří již duševní poruchou trpí nebo jsou jí významně ohroženi. Cílem je snaha o zabránění dalšího rozvoje a prohlubování onemocnění. Pokud se zvolí správná léčba, která je užívána po dostatečně dlouhou dobu, významně se snižuje riziko pozdější recidivy. Tímto se prevence sekundární překrývá s prevencí terciární.

Terciární prevence je zaměřena na lidi, kteří se s duševní poruchou setkali, a zabraňuje možné recidivě onemocnění či zmírnění jejich následků a znovu zařazení do života (Orel & kolektiv, 2012).

V oblasti suicidálního chování je prevence rovněž rozdělována do třech oblastí- primární, sekundární a terciální. Snahou je najít co nejvhodnější preventivní strategie, které by výrazně ovlivnily rizikové faktory suicidálního chování u adolescentů, a tím zmírnily suicidální rizika. Konkrétně jde o zaměření na celkovou situaci jedince zahrnující situace v rodinném prostředí, vztahy s vrstevníky, školní problémy apod. a navíc posílení jejich vlastního „já“, které pomáhá adolescentovi s adaptací na určité situace včetně zvládání stresu. O podporu duševního zdraví dětí a adolescentů se starají odborníci v oboru psychologie a psychiatrie a dále je tato skutečnost úkolem rodiny, pedagogů i medií (Koutek & Kocourková, 2003).

## EMPIRICKÁ ČÁST

### 4 Metodika výzkumné práce

#### 4.1 Cíle výzkumného šetření

##### *Cíle výzkumného šetření:*

- Cíl č. 1 Zjistit, zda jsou adolescenti informováni o depresi v dospívajícím věku.
- Cíl č. 2 Zjistit, zda dospívající ví, jaká věková kategorie je riziková a které pohlaví je náchylnější pro vznik deprese v dětství a dospívání.
- Cíl č. 3 Zjistit, na koho se v případě prvotních příznaků deprese dospívající obrátí.
- Cíl č. 4 Zjistit, zda dospívající dokáží rozpoznat depresi u sebe či u svých vrstevníků.
- Cíl č. 5 Zjistit, zda se dospívající setkali s depresí ve svém okolí.

#### 4.2 Organizace výzkumu

Před zahájením vlastního výzkumného šetření jsem provedla pilotní studii. Požádala jsem spolužáky mé sestry, adolescenta o zhodnocení srozumitelnosti položek v dotazníku. Na základě jejich připomínek jsem upravila znění některých položek, abych zajistila naprosté pochopení položek ze strany dospívajících, v průběhu vlastního šetření. Jednalo se o položku číslo 11, kdy jedna z uvedených možností, možnost C obsahovala pojem promiskuitní chování. Na základě připomínky jsem do závorky pojem vysvětlila. Dále se jednalo o položku číslo 14, kde nebyl pochopen pojem dokonaná sebevražda. Pojem jsem do závorky ujasnila. Po provedení úprav při mé pilotní studii jsem začala s vlastním výzkumným šetřením na středních školách.

Po pilotní studii jsem požádala ředitele tří středních odborných škol v Praze o souhlas s provedením dotazníkového šetření u jejich žáků ve věku od 15 do 20 let.



Dotazníkového šetření se zúčastnily školy:

- Střední odborná škola managementu a služeb s.r.o., ředitelka Ing. Tamara Krčmářová
- Střední odborná škola mezinárodních a veřejných vztahů Praha, ředitelka Mgr. Michaela Kráčmarová
- Střední průmyslová škola na Proseku, ředitel Mgr. Jiří Bernát

Mé žádosti (viz. Příloha C) bylo vyhověno prostřednictvím emailové korespondence. Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2013 do ledna 2014 v uvedených školách. V každé škole bylo rozdáno 100 dotazníků, celkem 300 dotazníků.

Celková návratnost dotazníků byla 261, což odpovídá 87,00% z celkového počtu rozdaných. Pro neúplné vyplnění bylo vyřazeno 47 dotazníků. Počet vyhodnocovaných dotazníků byl 214. Pro vlastní výsledky bude použit počet 214 dotazníků jako 100,00%

#### **4.3 Metody výzkumu**

K získání informací, které byly potřebné k dosažení cílů, byla použita metoda dotazníkového šetření. Jednalo se o dotazník vlastní konstrukce, viz Příloha B. Jedná se o kvantitativní metodu výzkumu. Metodu dotazníkového šetření jsem si zvolila z důvodu přehledného zpracovávání výsledků a pro můj kvantitativní záměr. Domnívám se, že rozhovor či pozorování by nenaplnily můj záměr o získání informovanosti většího počtu dospívajících v tak krátkém časovém úseku.

V úvodu dotazníků byli respondenti seznámeni s účelem mé práce, byla jim nastíněna doba, která bude potřeba pro vyplnění a ujištění, že jde o anonymní dotazník, jehož výsledky budou použity pouze pro účely práce.

Dotazník obsahuje 18 položek. První dvě položky se řadí mezi identifikační údaje respondentů, jedná se o pohlaví a věk, dále položky uzavřené, kdy respondenti odpovídali ANO/ NE nebo na předem definované odpovědi, těchto položek bylo celkem 11. Položka otevřená, kde respondenti vypisovali vlastní názor, byla jen 1. 2 položky filtrační a 2 položky výčtové, u kterých byla možnost vícečetných odpovědí.

K cíli č. 1, zjistit, zda jsou adolescenti informováni o depresi v dospívajícím věku, se vztahují položky č. 3, 9, 13, 16 a 17

K cíli č. 2, zjistit, zda dospívající ví, jaká věková kategorie je riziková a které pohlaví je náchylnější pro vznik deprese v dětství a dospívání, se vztahují položky č. 4 a 6.

K cíli č. 3, zjistit, na koho se v případě prvotních příznaků deprese dospívající obrátí, se vztahuje položka č. 12.

K cíli č. 4, zjistit, zda dospívající dokáží rozpoznat depresi u sebe či u svých vrstevníků, se vztahují položky č. 5, 7, 10 a 11.

K cíli č. 5, zjistit, zda se dospívající setkali s depresí ve svém okolí, se vztahuje položka č. 18.

Jako doplňující položky jsou stanoveny položky č. 8, 14 a 15

Výsledky mého dotazníkového šetření jsou přehledně zpracovány do tabulek a grafů. Výsledky jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa, tudíž případné odchylky o 0,01% se objevují.

V tabulkách bylo použito následujících charakteristik:

$$f_i = n_i / N$$

$f_i$  = relativní četnost ( vyjádřena v %)

$n_i$  = absolutní četnost

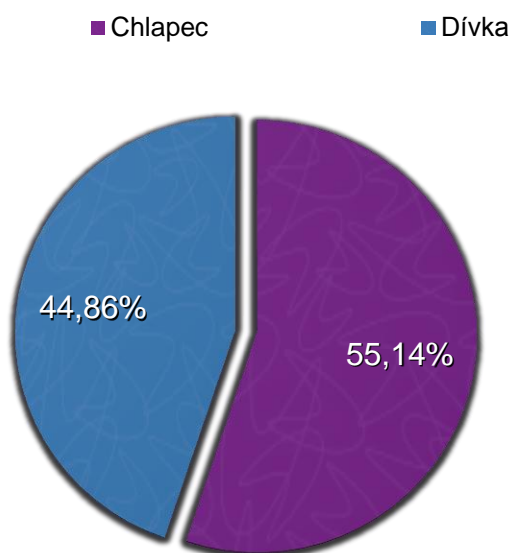
$N$  = celková četnost

#### 4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný vzorek tvořilo 214 respondentů, dívky a chlapci ve věku od 15 do 20 let.

Charakteristika vzorku dle pohlaví

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



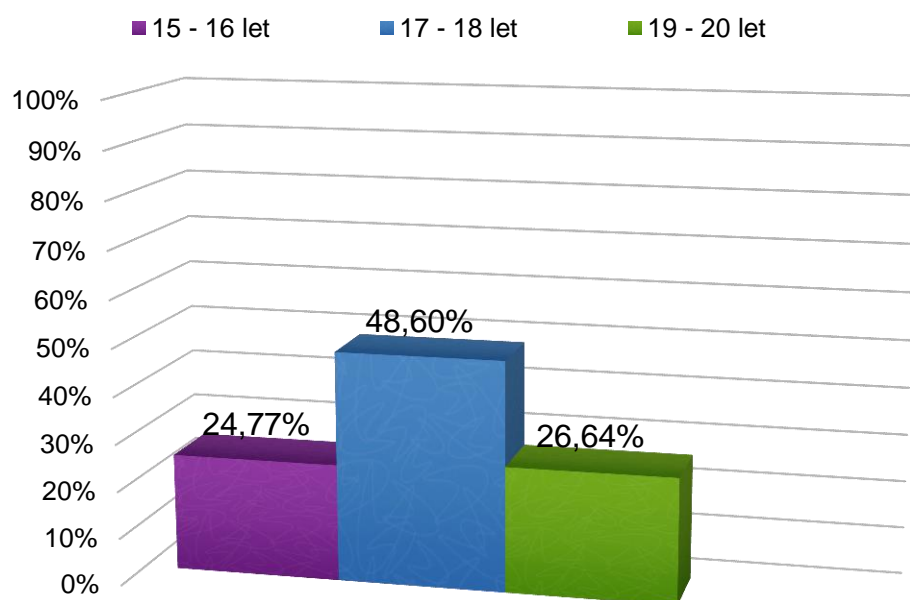
Z celkového počtu 214 respondentů byli chlapci v počtu 118 (55,14%) a dívky v počtu 96 ( 44,86 %) .

Charakteristika vzorku dle věku

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Věk	$n_i$	$f_i$
15- 16 let	53	24,77%
17– 18 let	104	48,60%
19- 20 let	57	26,64%
Celkem (N)	214	100.00%

Graf č. 2 Věk respondentů



Z 214 respondentů bylo 53 (24,77%) dotazovaných ve věku 15 – 16 let, 104 (48,60%) respondentů ve věku 17 – 18 let, 57 (26,64%) ve věku 19 -20 let.

## 4.5 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou vyhodnoceny ve vztahu k jednotlivým cílům. Položky č. 3, 6, 12, 16, 18 jsou vyhodnocovány ve vztahu k pohlaví z důvodu rozdílnosti názorů a prožívání jednotlivých situací v závislosti na vývojových aspektech u chlapců a dívek.

### Cíl č. 1 Zjistit, zda jsou adolescenti informováni o depresi v dospívajícím věku.

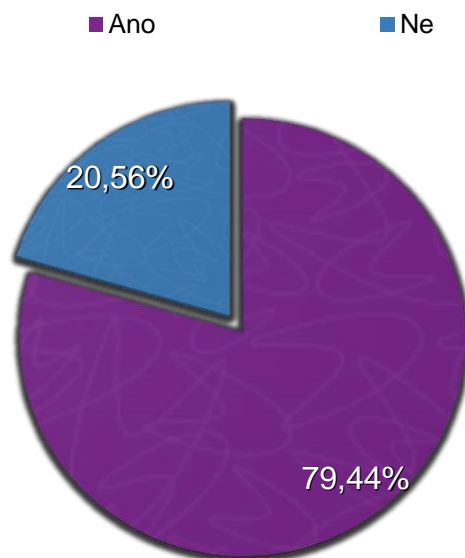
K cíli č. 1 se vztahují položky 3, 9, 13, 16 a 17.

#### Položka č. 3 Slyšel/a jste o problematice deprese v dospívajícím věku?

A. Ano

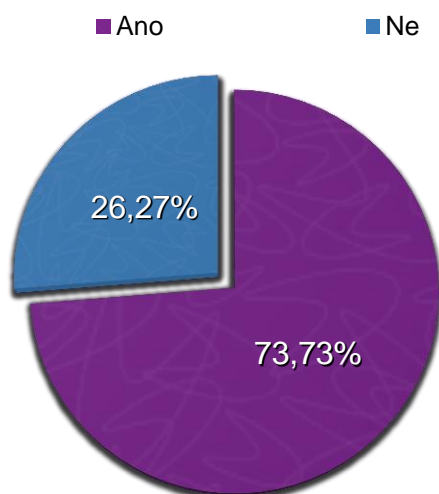
B. Ne

Graf č. 3 Informovanost dospívajících o problematice deprese v dospívajícím věku



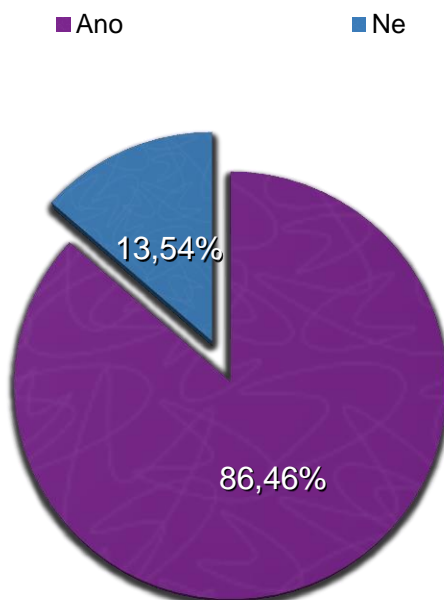
Z celkových 214 respondentů odpovědělo 170 (79,44%), že slyšeli o problematice deprese v dospívajícím věku a 44 (20,56%) respondentů, že nikoli.

Graf č. 4 Informovanost chlapců o problematice deprese v dospívajícím věku



Z počtu 118 dotazovaných chlapců odpovědělo 87 (73,73%) respondentů, že o problematice deprese slyšeli, 31 (26,27%) respondentů odpovědělo, že o této problematice neslyšeli.

Graf č. 5 Informovanost dívek o problematice depresí v dospívajícím věku



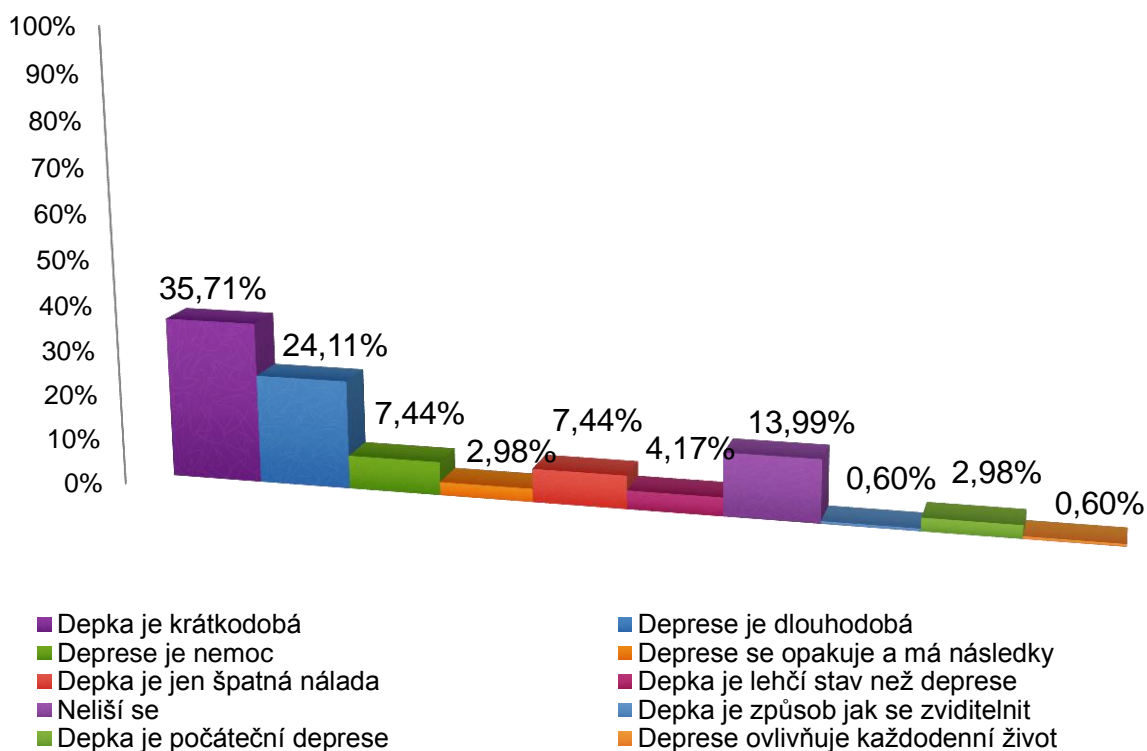
Z celkového počtu 96 dívek odpovědělo 83 (86,46%) respondentek, že slyšelo o problematice deprese, 13 (13,54%) respondentek odpovědělo, že o této problematice neslyšelo.

**Položka č. 9 Jak se podle Vás liší “depka” od deprese?**

Tabulka č. 2 Rozdíl mezi depkou a depresí

Charakteristika	$n_i$	$f_i$
Depka je krátkodobá	120	35,71%
Deprese je dlouhodobá	81	24,11%
Deprese je nemoc	25	7,44%
Deprese se opakuje a má následky	10	2,98%
Depka je jen špatná nálada	25	7,44%
Depka je lehčí stav než deprese	14	4,17%
Neliší se	47	13,99%
Depka je způsob jak se zviditelnit	2	0,60%
Depka je počáteční deprese	10	2,98%
Deprese ovlivňuje každodenní život	2	0,60%
Celkem (N)	336	100,00%

Graf č. 6 Rozdíl mezi depkou a depresí



Z celkového počtu 336 vyhodnocených odpovědí měla největší četnost odpověď, že depka je krátkodobá, v počtu 120 (35,71%), za ní následovala odpověď, že deprese je dlouhodobá, v počtu 81 (24,11%). Třetí nejčastěji uváděnou odpovědí byla odpověď, že se depka od deprese neliší, v počtu 47 (13,99%).

Stejný počet odpovědí měly názory, že deprese je nemoc, v počtu 25 (7,44%) a depka je jen špatná nálada, 25 (7,44%). Další častou odpovědí byl názor, že depka je lehčí stav než deprese v počtu 14 (4,17%). Následují názory že, depka je počáteční deprese, a že deprese se opakuje a má následky, v počtu 10 (2,98%). Nejmenší zastoupení měly odpovědi, že depka je způsob, jak se zviditelnit a deprese ovlivňuje každodenní život, oba názory v počtu 2 (0,60%).

### **Položka č. 13 Jak se již rozvinutá deprese u dospívajících léčí?**

A. Léky      B. Psychoterapie      C. Kombinace obojího

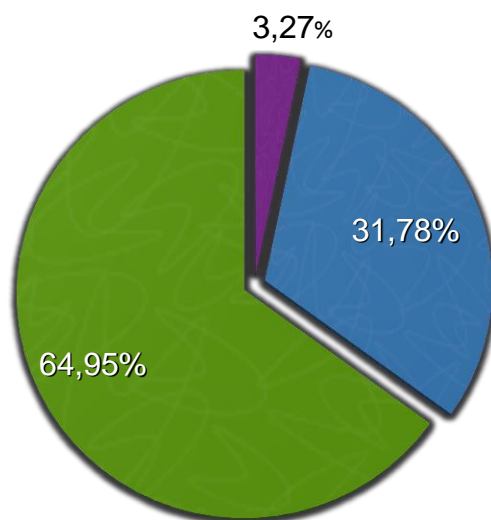


Tabulka č. 3 Léčba

Léčba	$n_i$	$f_i$
Léky	7	3,27%
Psychoterapie	68	31,78%
Kombinace obojího	139	64,95%
Celkem (N)	214	100,00%

Graf č. 7 Léčba

■ Léky ■ Psychoterapie ■ Kombinace obojího

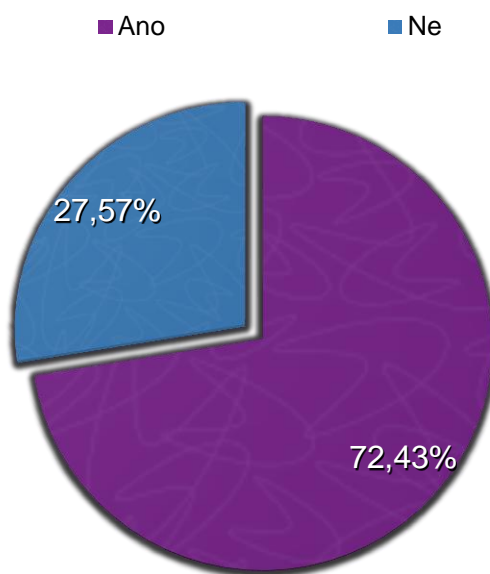


Správně byla možnost kombinace obojího, současné podávání léků a účinná psychoterapie. Správně odpovědělo 139 (64,95%) respondentů. 68 (31,78%) respondentů zvolilo pouze psychoterapie a 7 ( 3,27%) respondentů léky.

**Položka č. 16 Myslíte si, že by se mělo o depresi v dospívání více mluvit?**

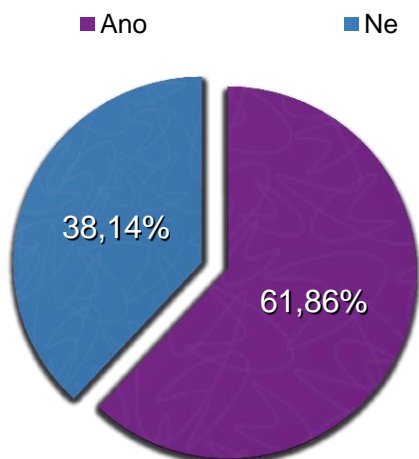
A. Ano      B. Ne

Graf č. 8 Názor na informace o depresi



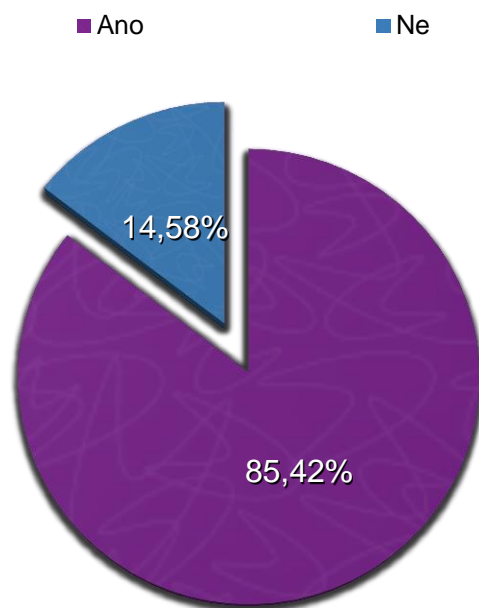
Z 214 dotazovaných odpovědělo 155 (72,43%) respondentů, že by se mělo o problematice deprese více mluvit, 59 (27,57%) respondentů odpovědělo, že ne.

Graf č. 9 Názor chlapců na informace o depresi



Z celkového počtu 118 chlapců odpovědělo 73 (61,86%) respondentů, že by se o problematice deprese mělo více mluvit, 45 (38,14%) dotazovaných chlapců odpovědělo, že nemělo.

Graf č. 10 Názor dívek na informace o depresi



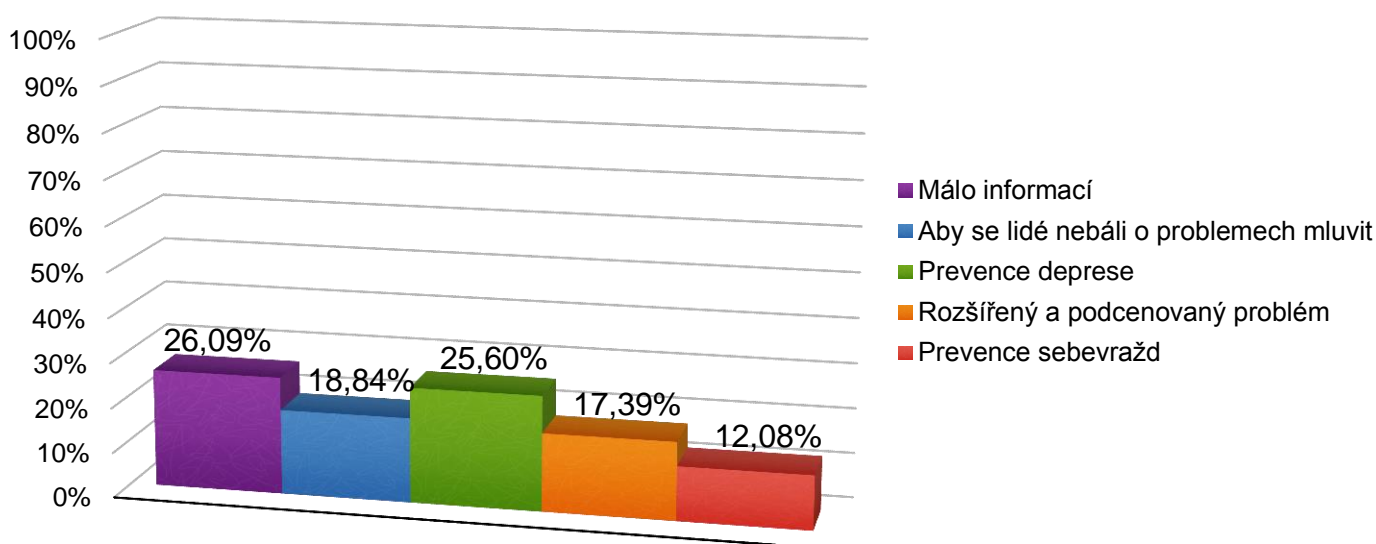
Z celkového počtu 96 dotazovaných dívek odpovědělo 82 (85,42%) respondentek, že by se o depresi v dospívání mělo více mluvit, 14 (14,58%) respondentek odpovědělo, že více informací není potřeba.

**Položka č. 17 Proč by se mělo depresi v dospívání více mluvit?**

Tabulka č. 4 Důvody, proč o depresi v dospívání více mluvit

Důvody	$n_i$	$f_i$
Málo informací	54	26,09%
Aby se lidi nebáli o problémech mluvit	39	18,84%
Prevence deprese	53	25,60%
Rozšířený a podceňovaný problém	36	17,39%
Prevence sebevražd	25	12,08%
Celkem (N)	207	100,00%

Graf č. 11 Důvody, proč by se mělo o depresi v dospívání více mluvit



Počet 207 vyjadřuje počet odpovědí u respondentů, kteří uvedli, že by se o této problematice mělo hovořit. Respondenti mohli uvést více než jednu možnost.

Nejčastější odpovědí bylo, že by se o depresi v dospívání mělo více mluvit z důvodu nedostatku informací, v počtu 54 (26,09%). Jen o jedno procento následuje důvod, prevence deprese, 53 (25,60%). Třetí nejčastější odpověď byla, aby se lidé o svých problémech nebáli mluvit, v počtu 39 (18,84%). Za tímto názorem následuje důvod, že jde o rozšířený a podceňovaný problém, 36 (17,39%) a jako poslední názor s počtem 25 (12,08%) respondenti uváděli, prevenci sebevražd.

**Cíl č. 2 Zjistit, zda dospívající ví, jaká věková kategorie je riziková a které pohlaví je náchylnější pro vznik deprese v dětství a dospívání.**

K cíli č. 2 se vztahují položky č. 4 a 6.

**Položka č. 4 Jaká je nejčastější věková skupina trpící depresí v dětství a dospívání?**

A. 5-10 let

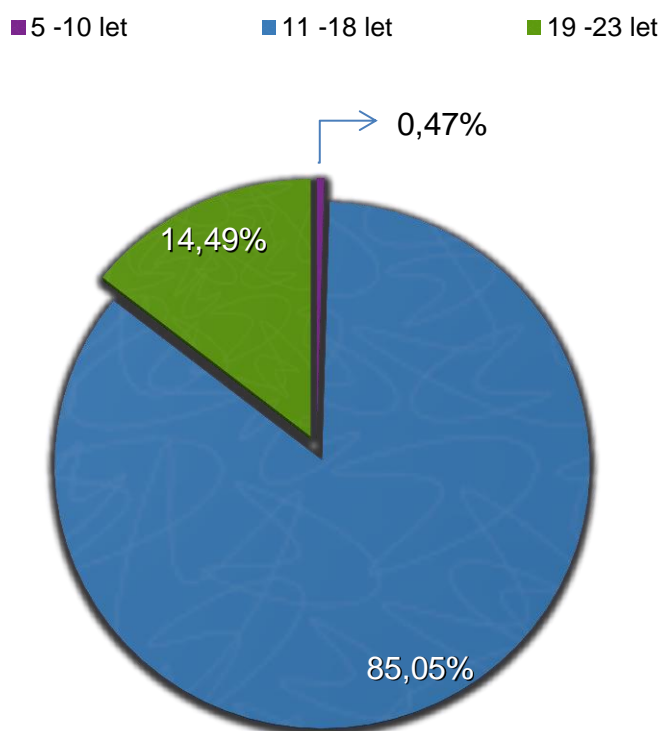
B. 11-18 let

C. 19-23 let

Tabulka č.5 Nejčastější věková skupina trpící depresí

Věková skupina	$n_i$	$f_i$
5-10 let	1	0,47%
11-18 let	182	85,05%
19-23 let	31	14,48%
Celkem (N)	214	100,00%

Graf č. 12 Nejčastější věková skupina trpící depresí



Z 214 dotazovaných odpovědělo 182 (85,05%) respondentů, že nejčastější věková skupina trpící depresí v dětství a dospívání je v rozmezí od 11 do 18 let. Tato odpověď je považována za správnou. 31 (14,49%) respondentů určilo věkovou skupinu 19-23 let a 1 respondent (0,47%) určil nejmladší věkovou skupinu, 5-10 let.

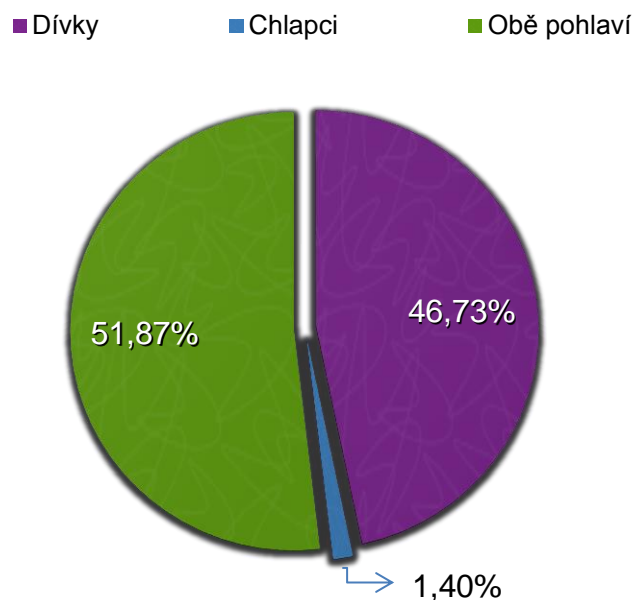
**Položka č. 6 Kdo je nejvíce ohrožen depresí v závislosti na pohlaví?**

A. Dívky

B. Chlapci

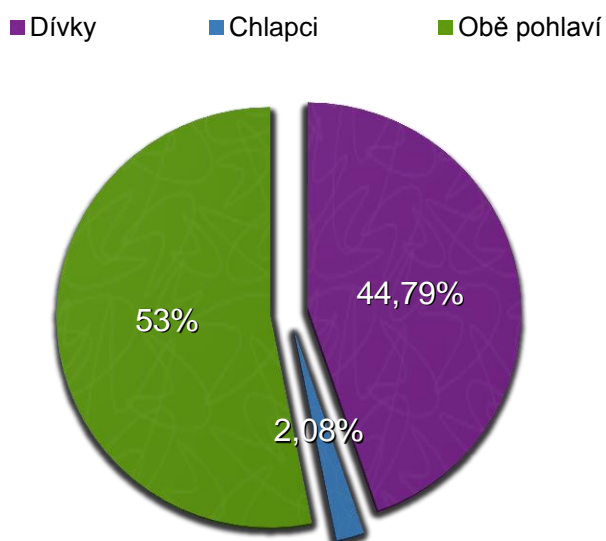
C. Obě pohlaví

Graf č. 13 Pohlaví ohrožené depresí



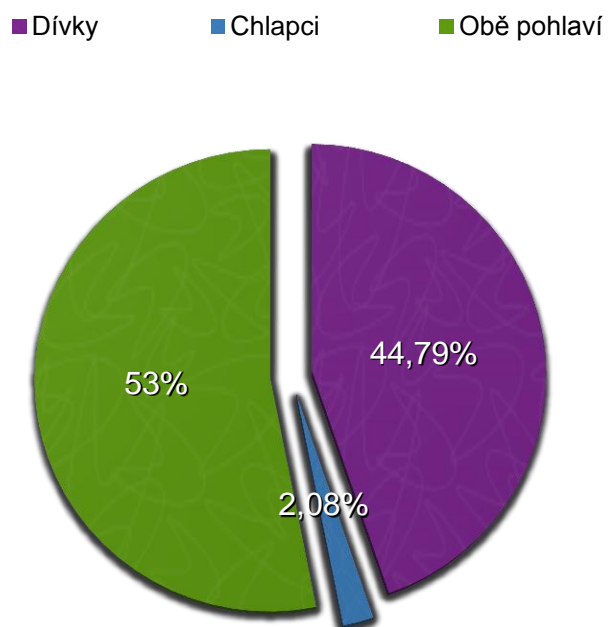
Správná odpověď je dívky, kterou určilo 100 (46,73%) respondentů. Nejvíce respondentů určilo obě pohlaví, 111 (51,87%). Nejméně odpovědí měla možnost chlapci, 3 (1,40%).

Graf č. 14 Pohlaví ohrožené depresí. Názor chlapců.



Ze 118 chlapců odpovědělo obě pohlaví, 60 (50,85%) respondentů. 57 (48,31%) respondentů odpovědělo dívky a pouze 1 respondent (0,85%) odpověděl chlapci.

Graf č. 15 Pohlaví ohrožené depresí. Názor dívek.



Z 96 dotazovaných dívek odpovědělo 51 (53%) respondentek obě pohlaví. 43 (44,79%) respondentek odpovědělo dívky. 2 respondentky (2,08%) odpověděly chlapci.

**Cíl číslo 3 Zjistit, na koho se v případě prvotních příznaků deprese obrátí.**

K cíli číslo 3 se vztahuje položka č.12.

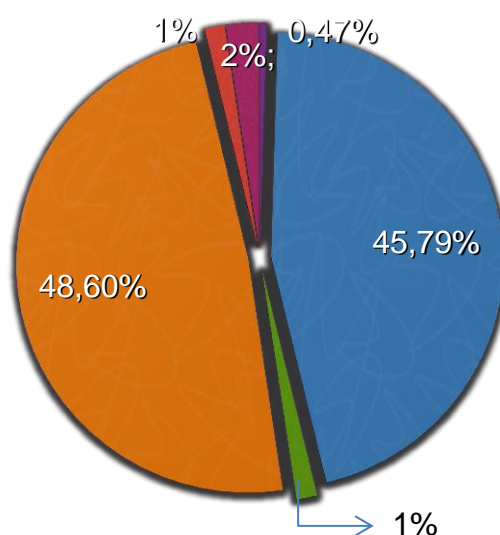
**Položka č. 12 Kdo by byl první, za kým byste v případě deprese šli pro pomoc?**

- A. Učitel
- B. Rodiče
- C. Prarodiče
- D. Kamarád
- E. Praktický lékař
- F. Psychiatrická ambulance

Tabulka č. 6 Pomoc při depresi

Pomoc při depresi	$n_i$	$f_i$
Učitel	1	0,47%
Rodiče	98	45,79%
Prarodiče	3	1,00%
Kamarád	104	48,60%
Praktický lékař	3	1,00%
Psychiatrická ambulance	5	2,00%
Celkem (N)	214	100,00%

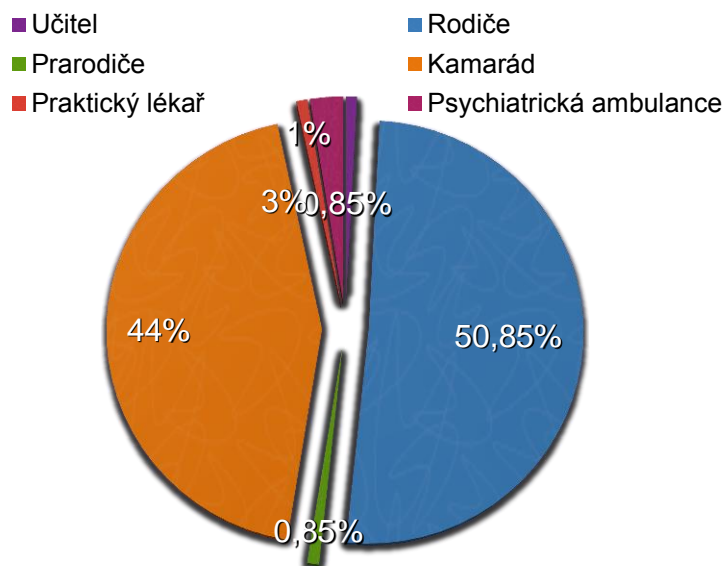
Graf č. 16 Pomoc při depresi



104 (48,60%) respondentů by si vybralo pomoc kamaráda, 98 (45,79%) respondentů by vyhledalo rodiče. 5 (2,00%) respondentů by navštívilo psychiatrickou ambulanci. 3 (1,00%) respondenti by v případě deprese požádali o pomoc praktického lékaře nebo prarodiče a 1 (0,47%) respondent by se svěřil učiteli.

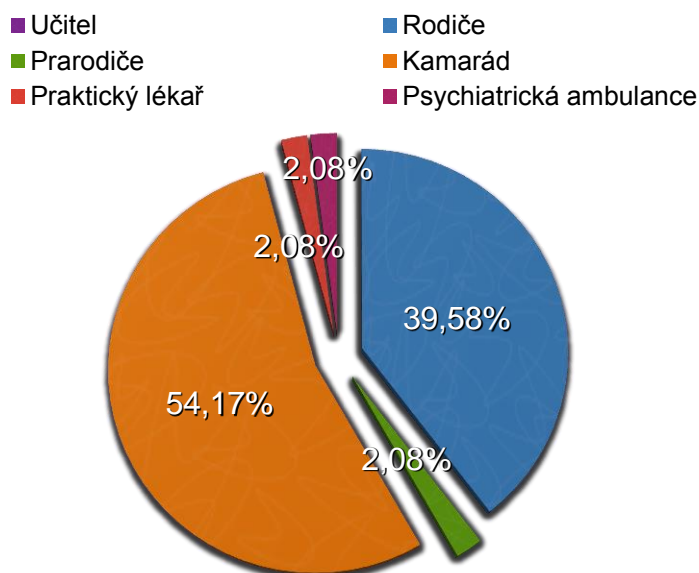


Graf č. 17 Pomoc při depresi. Náзор chlapců.



Ze 118 chlapců by 60 (50,85%) vyhledalo pomoc rodičů. 52 (44%) chlapců by o pomoc požádalo kamaráda a 3 (3%) dotazovaní chlapci by navštívili psychiatrickou ambulanci. Na učitele, prarodiče nebo na praktického lékaře by se obrátilo po 1 (0,85%) chlapci.

Graf č. 18 Pomoc při depresi. Náзор dívek.



Z počtu 96 dotazovaných dívek 52 (54,17%) respondentek uvedlo, že by se pro pomoc vydaly za kamarádem. 38 (39,58%) respondentek by požádalo o pomoc rodiče. Psychiatrickou ambulanci, praktického lékaře a prarodiče by navštívilo po 2 (2,08%) respondentkách.

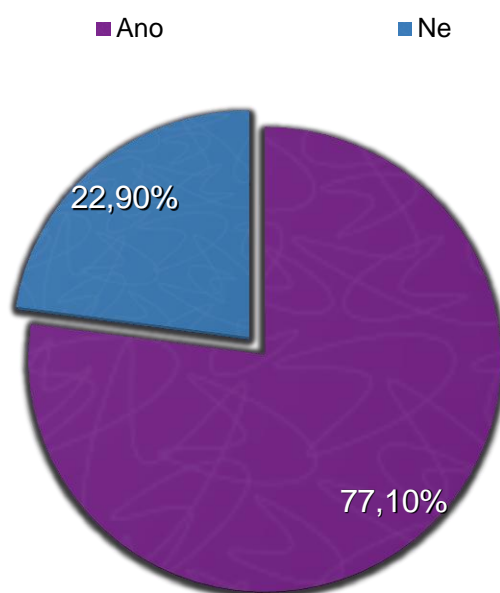
**Cíl č. 4 Zjistit, zda dospívající dokáží rozpoznat depresi u sebe či u svých vrstevníků.**

K cíli č. 4 se vztahují položky č. 5, 7, 10 a 11.

**Položka č. 5 Myslíte si, že byste byl/a schopen/a na svém spolužákovi poznat počínající depresi?**

A. Ano      B. Ne

Graf č. 19 Schopnost rozpoznat depresi



Z 214 dotazovaných odpovědělo 165 (77,10%), že by dokázali depresi u svého spolužáka poznat, 49 (22,90%), že nedokázali.

**Položka č. 7 Který osobnostní typ je náchylnější k rozvoji depresivní epizody?**

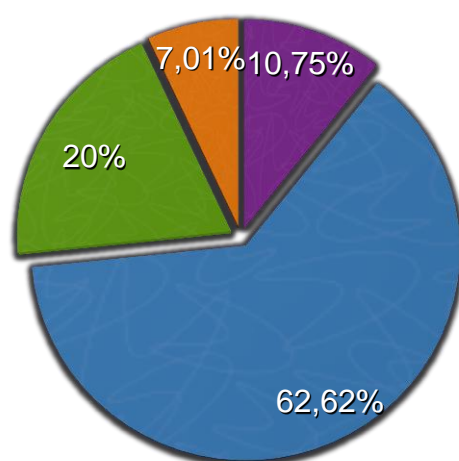
- A. Flegmatik
- B. Melancholik
- C. Cholerik
- D. Sangvinik

Tabulka č. 7 Osobností typ

Osobností typ	$n_i$	$f_i$
Flegmatik	23	10,75%
Melancholik	134	62,62%
Cholerik	42	20,00%
Sangvinik	15	7,01%
Celkem (N)	214	100,00%

Graf č. 20 Osobnostní typ

■ Flegmatik ■ Melancholik ■ Cholerik ■ Sangvinik



Správná odpověď je možnost melancholik, která byla nejčastěji udávaná, 134 (62,62%) respondentů z celkových 214. Druhou nejčastější odpovědí byl cholerik v počtu 42 ( 20,00%). 23 ( 10,75%) respondentů uvedlo flegmatika a 15 (7,01%) respondentek uvedlo sangvinika.

**Položka č. 10 Jaké jsou nejčastější varovné signály, že už nejde o “depku”, ale o rozvíjející depresi? (Lze označit více možností)**

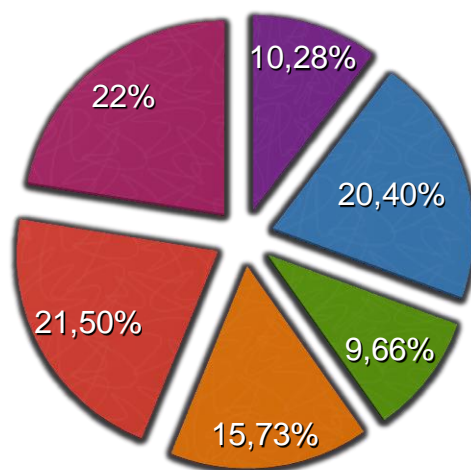
- A. Omezení aktivit
- B. Problémy se spánkem
- C. Zanedbaný vzhled
- D. Problémy ve škole
- E. Dlouhodobě smutná nálada
- F. Agrese vůči sobě i okolí

Tabulka č. 8 Nejčastější varovné signály počínající deprese

Varovné signály deprese	$n_i$	$f_i$
Omezení aktivit	66	10,28%
Problémy se spánkem	131	20,40%
Zanedbaný vzhled	62	9,66%
Problémy ve škole	101	15,73%
Dlouhodobě smutná nálada	138	21,50%
Agresse vůči sobě i okolí	144	22,00%
Celkem (N)	642	100%

Graf č. 21 Nejčastější varovné signály počínající deprese

- Omezení aktivit
- Zanedbaný vzhled
- Dlouhodobě smutná nálada
- Problémy se spánkem
- Problémy ve škole
- Agrese vůči sobě i okolí



Za správné odpovědi se považují dle Carr-Gregga (2012) možnosti omezení aktivit, problémy se spánkem, problémy ve škole a dlouhodobě smutná nálada. Z celkových 642 odpovědí, byla nejčastěji uváděná možnost agrese vůči sobě i okolí, v počtu 144 ( 22,00%). Následuje možnost dlouhodobě smutná nálada, 138 (21,50%). Třetí nejčastější byla možnost problémy se spánkem, 131 (20,40%). V počtu 101 (15,73%) odpovědí, měla možnost problémy ve škole, následovalo omezení aktivit, 66 (10,28%). Nejméně respondentů souhlasilo se zanedbaným vzhledem, 62 (9,66%).

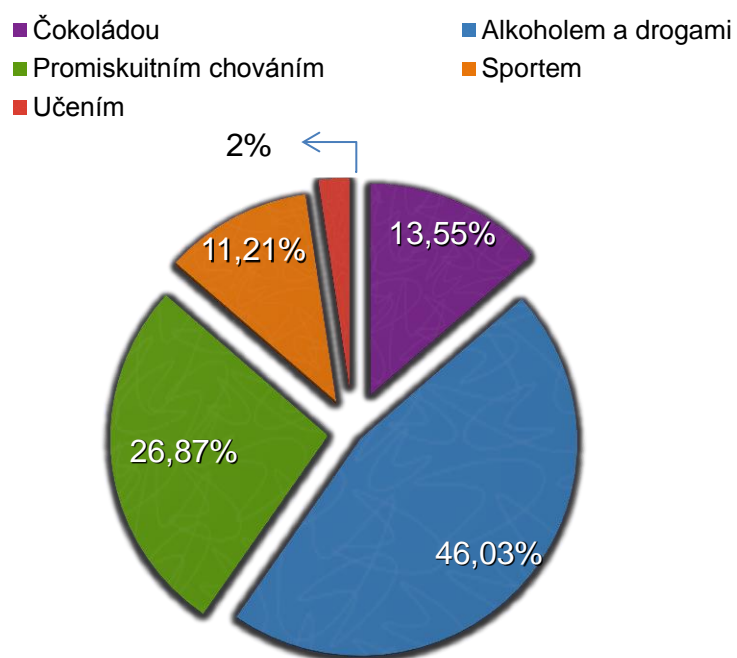
**Položka č. 11 Čím si myslíte, že dospívající nejčastější zahání projevy deprese? (Lze uvést více možností)**

- A. Čokoládou
- B. Alkoholem a drogami
- C. Promiskuitním chováním (tzn. časté střídání sexuálních partnerů, nevázanost)
- D. Sportem
- E. Učením

Tabulka č. 9 Zahánění projevů deprese

Zahánění projevů deprese	$n_i$	$f_i$
Čokoládou	58	13,55%
Alkoholem a drogami	197	46,03%
Promiskuitním chováním	115	26,87%
Sportem	48	11,21%
Učením	10	2,00%
Celkem (N)	428	100,00%

Graf č. 22 Zahánění projevů deprese



Za správné odpovědi se pokládají možnosti alkohol a drogy a promiskuitní chování. Ze 428 odpovědí, souhlasilo nejvíce respondentů s alkoholem a drogami, v počtu 197 (46,03%). Následovalo promiskuitní chování, 115 (26,87%). S počtem 58 (13,55%) odpovědí respondenti uvedli čokoládu, s počtem 48 (11,21%) odpovědí se sportem. Nejméně respondenti uvedli učení, v počtu 10 (2,00%).

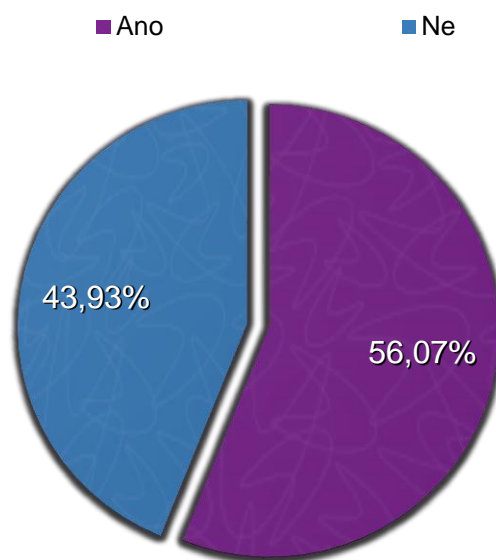
**Cíl č. 5 Zjistit, zda se dospívající setkali s depresí ve svém okolí.**

K cíli č. 5 se vztahuje položka č. 18.

**Položka č. 18 Setkali jste se s depresí ve svém okolí?**

A. Ano      B. Ne

Graf č. 23 Setkání s depresí

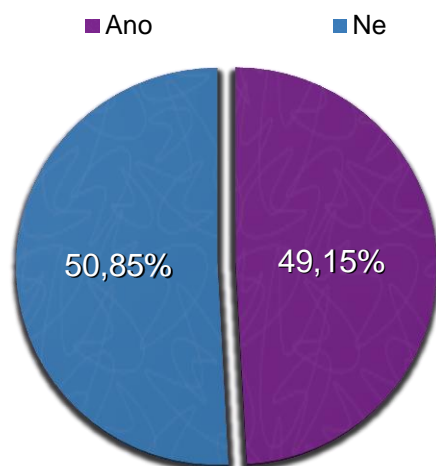


Z 214 dotazovaných se 120 (56,07%) respondentů setkalo s depresí ve svém okolí  
94 (43,93%) respondentů se nesetkalo s depresí ve svém okolí.

Tabulka č. 10 Setkání s depresí

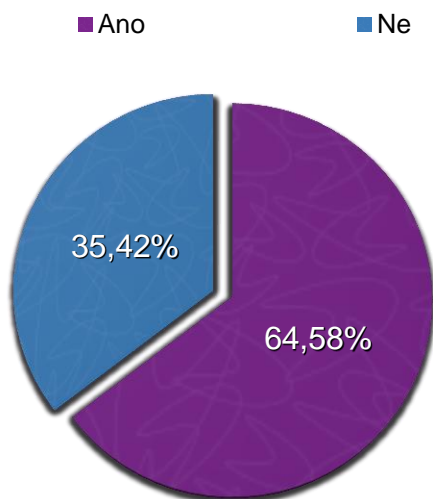
Setkání s depresí	Chlapci		Dívky	
	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$
Ano	58	49,15%	62	64,58%
Ne	60	50,85%	34	35,42%
Celkem (N)	118	100,00%	96	100,00%

Graf č. 24 Setkání s depresí – chlapci



Ze 118 dotazovaných chlapců se jich 60 (50,85%) s depresí ve svém okolí nesetkalo. 58 respondentů (49,15%) se s depresí ve svém okolí setkala.

Graf č. 25 Setkání s depresí – dívky



Z 96 dotazovaných dívek se 62 (64,58%) setkala s depresí ve svém okolí.  
34 (35,42%) respondentek se nesetkala s depresí ve svém okolí.



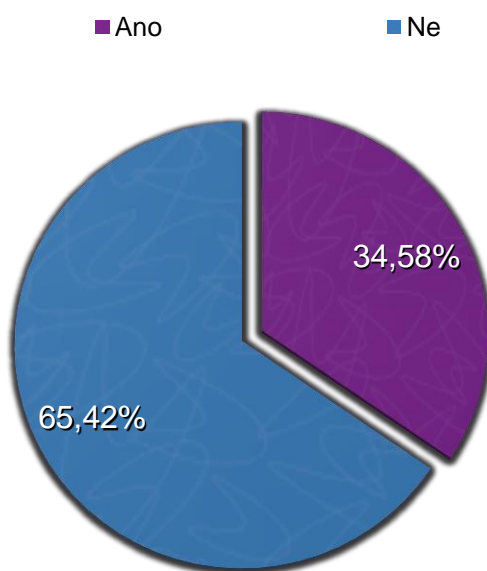
**Doplňující otázky představují položky č. 8, 14 a 15.**

Jedná se o doplňující poznatky k této problematice. Výsledky těchto tří položek budou zpracovávány pomocí grafů a tabulek bez rozdělení pohlaví.

**Položka č. 8 Myslíte si, že může být deprese dědičná?**

A. Ano      B. Ne

Graf č. 26 Dědičnost



140 (65,42%) respondentů odpovědělo, že deprese není dědičná. Tato odpověď je chybná. 74 (34,58%) respondentů si myslí správně, že deprese může být dědičná.

**.Položka č. 14 Kdo častěji uskuteční dokonanou sebevraždu (s následkem smrti?)**

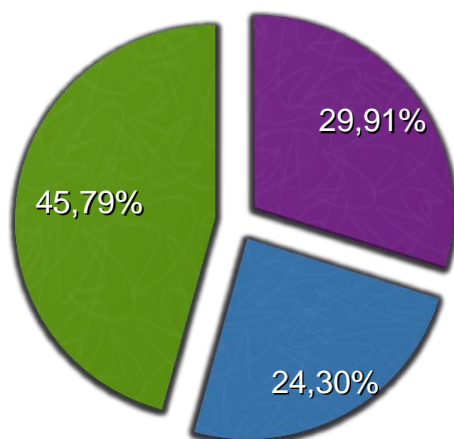
A. Dívky      B. Chlapci      C. Obě pohlaví

Tabulka č. 11 Sebevražda

Sebevražda	$n_i$	$f_i$
Dívky	64	29,91%
Chlapci	52	24,30%
Obě pohlaví	98	45,79%
Celkem (N)	214	100,00%

Graf č. 27 Sebevražda

■ Dívky ■ Chlapci ■ Obě pohlaví



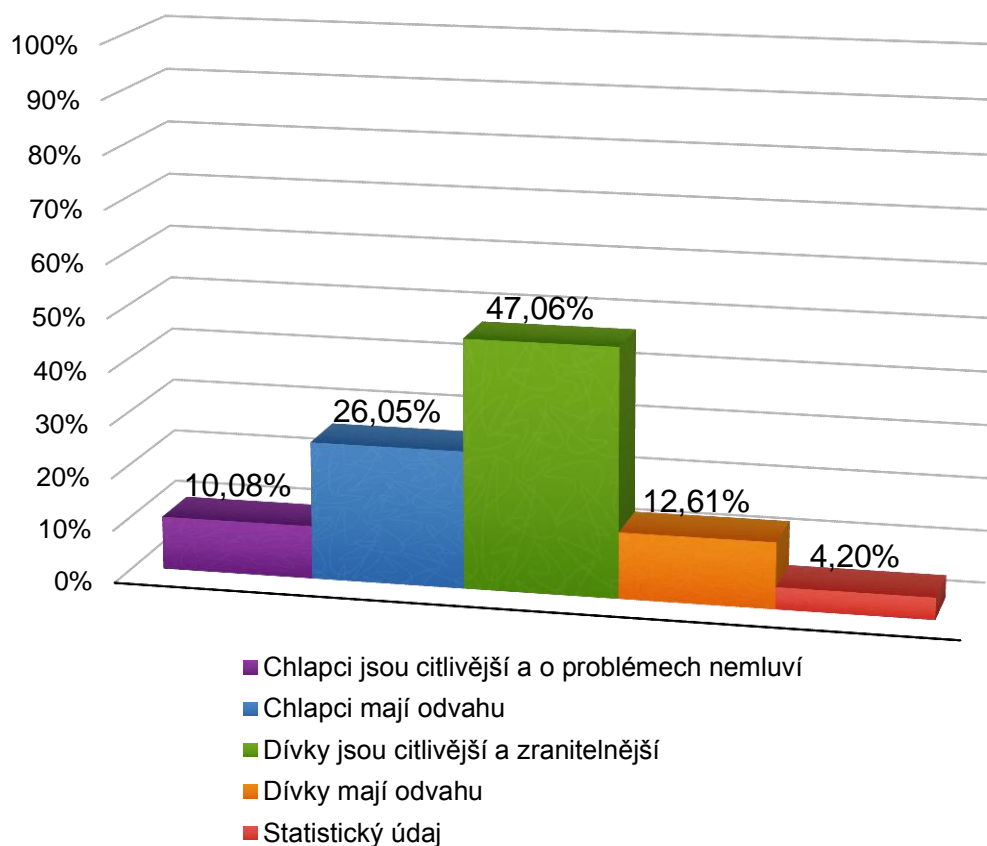
Správnou možností je odpověď chlapci. Z 214 respondentů si 98 (45,79%) respondentů myslí, že dokonanou sebevraždu uskuteční obě pohlaví stejně. 64 (29,91%) respondentů si myslí, že dívky a nejméně, 52 (24,30%) respondentů si myslí, že dokonanou sebevraždu častěji uskuteční chlapci.

#### Položka č. 15 Proč častěji uskuteční dokonanou sebevraždu chlapci/ dívky?

Tabulka č. 12 Důvody, proč sebevraždu uskuteční častěji chlapci/ dívky

Důvody, proč sebevraždu uskuteční častěji chlapci/dívky	$n_i$	$f_i$
Chlapci jsou citlivější a o problémech nemluví	12	10,08%
Chlapci mají odvalu	31	26,05%
Dívky jsou citlivější a zranitelnější	56	47,06%
Dívky mají odvalu	15	12,61%
Statistický údaj	5	4,20%
Celkem (N)	119	100,00%

Graf č. 28 Důvody, proč uskuteční dokonanou sebevraždu častěji chlapci/dívky



Ze 119 názorů byl nejčastější, že sebevraždu s následnou smrtí uskuteční častěji dívky, protože jsou citlivější a zranitelnější, 56 (47,06%). Druhý nejčastější názor byl, že chlapci, protože mají větší odvahu, 31 (26,05%). Další názor byl, že dokonanou sebevraždu uskuteční častěji dívky, protože mají odvahu, v počtu 15 (12,61%), s počtem odpovědí 12 (10,08%) se respondenti shodli, že dokonanou sebevraždu častěji uskuteční chlapci, protože jsou citlivější a o problémech nemluví. Nejméně respondentů, 5 (4,20%), se odkazovalo na jakýsi statistický údaj, který nebyl blíže specifikován.

## **4.6. Shrnutí zjištěných výsledků**

### **Cíl č. 1 Zjistit, zda jsou adolescenti informováni o depresi v dospívajícím věku.**

K cíli se vztahovaly položky č. 3, 9, 13, 16 a 17.

Na položku č. 3, zda respondenti slyšeli o problematice deprese v dospívajícím věku, odpovědělo kladně 79,44% dotazovaných.

Na položku č. 9, jaký je rozdíl mezi “depkou” a depresí byly nejčastější dvě odpovědi, že depka je krátkodobá a deprese dlouhodobá. Tyto odpovědi byly nedostačující a nepřesné, ale nebyly nesprávné, měly zastoupení 59,82% z celkových 336 názorů.

Na položku č. 13, jak se již rozvinutá deprese u dospívajících léčí, odpovědělo správně 64,95% respondentů možnost kombinace léků a psychoterapie.

Na položku č. 16, zda by se o depresi v dospívání mělo více mluvit, odpovědělo kladně 72,43% respondentů.

Na položku č. 17, proč by se o této problematice mělo více mluvit, měl největší zastoupení názor, že chybí dostatek informací u 26,09% respondentů.

**Stanovený cíl se podařil splnit.**

### **Cíl č. 2 Zjistit, zda dospívající ví, jaká věková kategorie je riziková a které pohlaví je náchylnější pro vznik deprese v dětství a dospívání.**

K cíli se vztahovaly položky č. 4 a 6.

U položky č. 4 byla nejčastěji udávána věková kategorie 11 -18 let v počtu 85,05%. Odpověď je správná.

U položky č. 6 51,87% respondentů zvolilo obě pohlaví. Odpověď byla chybná. Správnou odpovědí jsou dívky, které zvolilo 46,73% respondentů.

**Stanovený cíl se podařil splnit.**

**Cíl č. 3 Zjistit, na koho se v případě prvotních příznaků deprese dospívající obrátí.**

K cíli se vztahovala položka 12.

V případě prvotních příznaků deprese by se 48,60% respondentů obrátilo na kamaráda a 45,79% dospívajících by se obrátilo na rodiče.

**Stanovený cíl se podařil splnit.**

**Cíl č. 4 Zjistit, zda dospívající dokáží rozpoznat depresi u sebe či u svých vrstevníků.**

K cíli se vztahovaly položky č. 5, 7, 10 a 11.

Na položku č. 5, zda si dospívající myslí, že by byli schopni na svém spolužákovi poznat rozvíjející se depresi, odpovědělo kladně 77,10% respondentů.

Na položku č. 7, který osobností typ je náchylnější pro rozvoj depresivní epizody, správně odpovědělo 62,62% respondentů, možnost melancholik.

U položky č. 10, jaké jsou nejčastější varovné signály deprese, měly 4 správné nejčastější signály procentuální zastoupení 67,91%.

U položky č 11, čím nejčastěji zahání dospívající projevy deprese, bylo procentuální zastoupení dvou správných možností 72,90%.

**Stanovený cíl se podařil splnit.**

**Cíl č. 5 Zjistit, zda se dospívající setkali s depresí ve svém okolí.**

K cíli se vztahovala položka č. 18.

56,07% respondentů se s depresí ve svém okolí setkalo a 43,93% respondentů se s depresí ve svém okolí nesetkalo.

**Stanovený cíl se podařil splnit.**

## DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na téma informovanost dospívajících o problematice deprese. Deprese v dospívajícím věku je stále významným problémem. Při zpracovávání teoretické části, jsem našla informace o depresi u dětí a dospívajících velice zřídka. Články nebo monografie pojednávaly spíše o depresi v dospělosti. Monografie i články byly zastaralé, a nebo nebyly volně přístupné veřejnosti. Abych z těchto článků mohla čerpat, musela jsem tzv. „obejít“ webovou stránku a zaregistrovat se na ní jako lékař. Podle mě se jedná o veliký problém, že tyto informace nejsou veřejně přístupné laické veřejnosti, ale ani odborné nelékařské veřejnosti.

Nejvýraznějšími osobnostmi, které se zabývají duševními poruchami u dětí, adolescentů a problematikou suicidálního chování u těchto jedinců, je dvojice MUDr. Jiří Koutek, Ph.D. a doc. PhDr. Jana Kocourková. Tito autoři pokládají za důležité zvýšit povědomí o duševních poruchách a suicidálních jednání adolescentů a já s nimi musím souhlasit. I když podle statistických údajů dle ÚZIS zaznamenáváme mírný pokles, stále se jedná o 2 253 dětí v ČR za rok 2012, kteří trpí některou duševní poruchou ve skupině diagnóz F30-39!

Je zřejmé, že dospívající o problematice deprese v adolescentním věku ví, neboť kladně odpovědělo 79,44% dotazovaných. Ovšem na otázku, jaký je rozdíl mezi depresí a depkou, odpověděla většina dospívajících nedostatečně. Respondenti často uváděli odpověď, že deprese je dlouhodobá a depka krátkodobá. Tato klasifikace není nesprávná, ale připadá mi nedostatečná. Chtěla jsem především zjistit, zda si dospívající myslí, že je deprese nemoc a depka, která je často u adolescentů používaný pojem, je spíše obyčejná špatná nálada. Deprese je onemocnění, které ovlivňuje jedince v každodenních aktivitách a je nutné jí léčit a jsem ráda, že se mezi dotazovanými našlo alespoň malé procento, které tuto možnost uvedlo.

72,43% adolescentů také uvedlo, že by se o problematice deprese mělo více mluvit. Nejčastějším důvodem proč o problematice deprese více mluvit bylo málo informací, prevence tohoto onemocnění a tvrzení, aby se lidé nebáli o tomto problému mluvit. Potěšilo mě, že skoro 18% dotazovaných uvádělo, že se jedná o rozšířený a podceňovaný problém. S tímto tvrzením také souhlasím, myslím, že se tomuto tématu nepřikládá důležitost.

Věkovou skupinu, která je nejčastěji ohrožena vznikem deprese, správně uvedlo přes 85% dotazovaných. Mým záměrem bylo, aby si dospívající prostřednictvím této otázky uvědomili, že jejich věková skupina je skupinou rizikovou, ovšem překvapilo mě, že se skoro 15% adolescentů domnívá, že rizikovou skupinou není a že se jich to netýká.

Dalším překvapením pro mě byla položka, které pohlaví je nejvíc ohroženo depresí. Přes 50% dotazovaných se domnívá, že obě pohlaví jsou ohrožené stejně. Avšak není tomu tak. Pravdou je, že nejvíce jsou ohroženy dívky a je zřejmé, že si to ani samotné dívky neuvědomují, neboť 53% dívek uvedlo možnost obě pohlaví.

U položky, na koho by se v případě deprese obrátili o pomoc, byla nejčastější volba kamarád u dívek a rodiče u chlapců. Předpokládala jsem, že obě pohlaví o pomoc požádají své rodiče.

Překvapilo mě, že více než 77% dotazovaných adolescentů uvedlo, že by byli schopni rozpoznat depresi u sebe i u svých vrstevníků. Ovšem tato odpověď zcela nekoreluje s odpověďmi, jaký je rozdíl mezi depkou a depresí, na kterou většina nedokázala správně odpovědět a na položku, jak poznají, že se již nejedná o depku, ale o depresi odpovědělo 68% na čtyři nejčastější projevy dle Carr-Gregga (2012), mezi které patří omezení aktivit, problémy se spánkem, problémy ve škole a dlouhodobě smutná nálada.

Největším překvapením byla položka, zda se dospívající setkali s depresí ve svém okolí, na kterou odpovědělo kladně přes 56% dotazovaných. Domnívala jsem se, že procento bude nižší. Je však otázkou, zda si dospívající nespletli právě pojem depka a deprese a neuvedli tak setkání s osobou, která měla jen špatnou náladu.

Jako doplňující otázky jsem stanovila položku týkající se dědičnosti deprese, kde mě překvapilo, že si přes 65% dotazovaných myslí, že dědičná není. Bohužel opak je pravdou. Deprese stejně jako další duševní poruchy dědičné jsou. Další byly položky týkající se problematiky sebevražd, protože je zřejmé, že se k tématu deprese neodmyslitelně váží. Na otázku, kdo častěji uskuteční dokonanou sebevraždu, odpovědělo správně chlapci pouze 24,30% dotazovaných. Nejčastější možnost byla obě pohlaví, což není správné tvrzení. Je zřejmé, že si ani dívky ani chlapci neuvědomují smutný fakt, že chlapci jsou rizikovější pro dokonanou sebevraždu a jedná se o třetí nejčastější příčinu úmrtí u chlapců v adolescentním věku. U otázky, proč uskuteční dokonanou sebevraždu více dívky nebo chlapci, bylo největší procentuální zastoupení u názoru, dívky, protože jsou citlivější a zranitelnější, což neodpovídá výsledkům z předchozí položky, kde dotazovaní nejčastěji uváděli možnost obě pohlaví stejně.

## **ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Deprese v dospívajícím věku je onemocnění, postihující převážně mladé dívky. Každý rok tímto onemocněním trpí přes 2 200 dětí a adolescentů. V dnešní době je mnoho způsobů, jak depresi léčit. Důležité je, sledovat varovné signály a pracovat s multifaktoriálními rizikovými faktory.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou adolescenti informováni o problematice deprese v dospívajícím věku. K získání informací byla použita metoda dotazníkového šetření. Šetření probíhalo ve třech odborných středních školách v Praze. Vzorek tvořilo 214 respondentů, dívky v počtu 96 a chlapci v počtu 118. Z průzkumného šetření vyplývá, že jsou dospívající nedostatečně informováni, neboť většina dotazovaných nebyla schopna popsat rozdíl mezi depkou a depresí, pouze 47% správně zvolilo, které pohlaví je nejčastěji ohroženo depresí a 67% dotazovaných by bylo schopno poznat varovné příznaky deprese u sebe či u svých vrstevníků.

### **Doporučení pro praxi:**

- ✓ Edukovat rodiče a adolescenty prostřednictvím praktických lékařů při preventivních prohlídkách.
- ✓ Edukovat adolescenty prostřednictvím pedagogů, výchovných poradců a zavedení preventivního opatření ve školách, které by bylo zaměřeno na realizaci seminářů pod vedením odborníků. Cílem seminářů by bylo rozšířit povědomí o depresi v dospívání u rizikových skupin.
- ✓ Edukovat adolescenty prostřednictvím medií např. reklamy v televizi nebo na internetu, publikování kazuistik v časopisech určených pro dospívající čtenáře.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Bajerová, S. (2006) *Faktory ovlivňující kvalitu života depresivních pacientů v období remise* (diploma thesis, Masaryk University, Brno, Czechia). Retrieved February 20, 2014, from [http://is.muni.cz/th/44696/ff\\_m/Diplomova\\_prace-Bajerova\\_Sona.pdf](http://is.muni.cz/th/44696/ff_m/Diplomova_prace-Bajerova_Sona.pdf)
- Baroňová, V. (2009) *Sebevraždy dětí a mladistvých* (bachelor's thesis, Masaryk University, Brno, Czechia). Retrieved February 12, 2014, from [http://is.muni.cz/th/173945/pedf\\_b/Bakalarska\\_prace-Sebevrazdy.pdf](http://is.muni.cz/th/173945/pedf_b/Bakalarska_prace-Sebevrazdy.pdf)
- Bocková, B. (2011) *Riziko, deprese a problémové chování v období adolescence* (rigorous thesis, Masaryk University, Brno, Czechia) Retrieved March 4, 2014, from [http://is.muni.cz/th/392613/ff\\_r/Rigorozni\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/392613/ff_r/Rigorozni_prace.pdf)
- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání* (1st ed). Praha, Czechia: Portál.
- Cleaver, K. (2007) Characteristics and trends of self-harming behavior in young people. *BRITISH JOURNAL OF NUTRITION* 16, pp. 148–152.
- Fričová, S. (2010) Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetřovatelství, *Sestra*, 20 (3) pp. 34-36
- Goetz, M (2005) Deprese u dětí a adolescentů, *Pediatric pro praxi*, 2005 (6) pp. 271-275. Retrieved February 14, 2014, from <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>
- Hošková, P. (2010) Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *Sestra*, 20 (2), pp. 28-29
- Hyblerová, P. (2009) *Depresivní poruchy v adolescenci* (bachelor's thesis, Tomáš Baťa University in Zlín, Zlín, Czechia). Retrieved February 4, 2014, from [https://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9748/hyblerov%C3%A1\\_2009\\_bp.pdf?sequence=1](https://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9748/hyblerov%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1)
- Jonáš, J. (2009) Deprese. *Sestra*, 19 (3), p.21
- Juřeníková, P. (2010) *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. (1st ed.) Praha, Czechia: Grada Publishing a.s.
- Korešová, J. (2009) Péče o informovanost pacienta. *Facultas nostra*, 2009 (74), p.11. Retrieved January 24, 2014, from <http://www.lfp.cuni.cz/FacultasNostra/2009/FacultasNostra74.pdf>

- Koutek, J. & Kocourková, J. (2013) Autodestruktivní chování v adolescenci, *Postgraduální medicína* 15(2) pp. 223-227
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2003). Sebevražedné chování (1st ed.) Praha, Czechia: Portál
- Křivohlavý, J., (2003) Jak zvládat depresi ( 2nd rev. ed.) Praha, Czechia: Grada Publishing. a.s.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006) Vývojová psychologie. (2nd rev. ed.) Praha, Czechia: Grada Publishing, a.s.
- Malá, L. & Malý, T. & Zahálka, F. & Teplan, J. (2013) Rozdiely telesného zloženia ako prediktoru kvality života z hľadiska ontogenézy a pohlavia u pubescentov, *Česká kinantropologie*, 17 (3), pp. 82-90. Retrieved January 21, 2014, from <http://www.ftvs.cuni.cz/knspolecnost/>
- Miertová, M (2012) Držanie diét u adolescentov, *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 3 (4) pp. 460-466. Retrieved January 23, 2014, from [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-04/1\\_miertova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-04/1_miertova.pdf)
- Mikšová, M. (2013) Pedopsychiatrie opět jako základní obor. *Lékařské listy*, 2013 (9), pp. 22-25
- Nývltová, V (2008) Psychopatologie pro speciální pedagogy ( 1st ed.) Praha, Czechia: Univerzita Jana Ámose Komenského
- Orel, M. , & kolektiv (2012) Psychopatologie ( 1st ed.) Praha, Czechia: Grada Publishing. a.s.
- Uhlíková, P, (2011) Dětská a dorostová psychiatrie. *Postgraduální medicína*. 13 (2), pp. 209-214
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2013). *Zdravotnická ročenka České republiky 2012* [statistics]. Retrieved March 10, 2014, from <http://www.uzis.cz/cr-kraje>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2012). *Zdravotnická ročenka České republiky 2011* [statistics]. Retrieved March 10, 2014, from <http://www.uzis.cz/cr-kraje>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2011). *Zdravotnická ročenka České republiky 2010* [statistics]. Retrieved March 10, 2014, from <http://www.uzis.cz/cr-kraje>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2013). *Psychiatrická péče České republiky 2012* [statistics]. Retrieved March 10, 2014, from <http://uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2012>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2012). *Psychiatrická péče České republiky 2011* [statistics]. Retrieved March 10, 2014, from <http://uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2011>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2011). *Psychiatrická péče České republiky 2010* [statistics]. Retrieved March 10, 2014, from <http://uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2010>

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. ( 2nd rev. ed.) Praha, Czechia: Karolinum.

Valentinová, J. (2008) *Intervence u dospívajících s dispozicí ke vzniku poruch chování a emocí* (bachelor's thesis, Masaryk University, Brno, Czechia) Retrieved February 26, 2014, from [http://is.muni.cz/th/173744/pedf\\_b/Intervence\\_u\\_dospivajicich\\_s\\_dispozici\\_ke\\_vzniku\\_poruch\\_chovani\\_a\\_emoci.pdf](http://is.muni.cz/th/173744/pedf_b/Intervence_u_dospivajicich_s_dispozici_ke_vzniku_poruch_chovani_a_emoci.pdf)

Volkmar, F., & Martin, A. (2011). *Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry*. (1st ed.) Philadelphia, USA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.

Vrublová, I (2009) Oblast edukace u dětí a dospívajících v primární péči, *Kontakt*, 11 (1) pp. 156-159

## **SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

Tabulka č. 1 Věk respondentů (str. 27)

Tabulka č. 2 Rozdíl mezi depkou a depresí (str. 31)

Tabulka č. 3 Léčba (str. 33)

Tabulka č. 4 Důvody, proč o depresi v dospívání více mluvit (str. 35)

Tabulka č. 5 Nejčastější věková skupina trpící depresí (str. 37)

Tabulka č. 6 Pomoc při depresi (str. 40)

Tabulka č. 7 Osobnostní typ (str. 43)

Tabulka č. 8 Nejčastější varovné signály počínající deprese (str. 44)

Tabulka č. 9 Zahánění projevů deprese (str. 46)

Tabulka č. 10 Setkání s depresí (str. 47)

Tabulka č. 11 Sebevražda (str. 49)

Tabulka č. 12 Důvody, proč častěji uskuteční dokonanou sebevraždu chlapci/dívky (str. 50)

Graf č. 1 Pohlaví respondentů (str. 27)

Graf č. 2 Věk respondentů (str. 28)

Graf č. 3 Informovanost dospívajících o problematice deprese v dospívajícím věku (str. 29)

Graf č. 4 Informovanost chlapců o problematice deprese v dospívajícím věku (str. 30)

Graf č. 5 Informovanost dívek o problematice deprese v dospívajícím věku (str. 30)

Graf č. 6 Rozdíl mezi depkou a depresí (str. 32)

Graf č. 7 Léčba (str. 33)

Graf č. 8 Názor na informace o depresi (str. 34)

Graf č. 9 Názor chlapců na informace o depresi (str. 34)

Graf č. 10 Názor dívek na informace o depresi (str. 35)

Graf č. 11 Důvody, proč by se mělo o depresi v dospívání více mluvit (str. 36)

- Graf č. 12 Nejčastější věková skupina trpící depresí (str. 37)
- Graf č. 13 Pohlaví ohrožené depresí (str. 38)
- Graf č. 14 Pohlaví ohrožené depresí. Náзор chlapců (str. 38)
- Graf č. 15 Pohlaví ohrožené depresí. Náзор dívek (str. 39)
- Graf č. 16 Pomoc při depresi (str. 40)
- Graf č. 17 Pomoc při depresi. Náзор chlapců (str. 41)
- Graf č. 18 Pomoc při depresi. Náзор dívek (str. 41)
- Graf č. 19 Schopnost rozpoznat depresi (str. 42)
- Graf č. 20 Osobnostní typ (str. 43)
- Graf č. 21 Nejčastější varovné signály počínající deprese (str. 45)
- Graf č. 22 Zahánění projevů deprese (str. 46)
- Graf č. 23 Setkání s depresí (str. 47)
- Graf č. 24 Setkání s depresí- chlapci (str. 48)
- Graf č. 25 Setkání s depresí- dívky (str. 48)
- Graf č. 26 Dědičnost (str. 49)
- Graf č. 27 Sebevražda (str. 50)
- Graf č. 28 Důvody, proč častěji uskuteční dokonanou sebevraždu chlapci/dívky (str. 51)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha A** Beckova posuzovací škála deprese

**Příloha B** Dotazník pro studenty

**Příloha C** Žádost o dotazníkové šetření

BDI-II		Záznamový arch	T - 91 MUŽI
Jméno: .....		Rodinný stav: .....	Věk: .....
Zaměstnání: .....		Vzdělání: .....	
<p>Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin různých tvrzení. Přečtete si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.</p>			
<p><b>1. Smutek</b></p> <p>0 Nejsem smutný.</p> <p>1 Většinou jsem smutný.</p> <p>2 Pořád jsem smutný.</p> <p>3 Jsem tak smutný, že se to nedá vydržet.</p> <p><b>2. Pesimismus</b></p> <p>0 O svou budoucnost nemám obavy.</p> <p>1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.</p> <p>2 Myslím, že se mi nebude dařit.</p> <p>3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.</p> <p><b>3. Minulá selhání</b></p> <p>0 Nemám dojem, že selhávám.</p> <p>1 Selhal jsem častěji, než bych měl.</p> <p>2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.</p> <p>3 Jako člověk jsem úplně selhal.</p> <p><b>4. Ztráta radosti</b></p> <p>0 Raduji se stejně jako dříve.</p> <p>1 Neraduji se stejně jako dříve.</p> <p>2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.</p> <p>3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.</p> <p><b>5. Pocit viny</b></p> <p>0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.</p> <p>1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal nebo měl udělat.</p> <p>2 Mívám často pocity viny.</p> <p>3 Pořád mám pocity viny.</p>	<p><b>6. Pocit potrestání</b></p> <p>0 Nemyslím, že mě život trestá.</p> <p>1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.</p> <p>2 Očekávám trest.</p> <p>3 Myslím, že jsem životem trestán.</p> <p><b>7. Znechucení sám ze sebe</b></p> <p>0 Myslím si o sobě pořád to samé.</p> <p>1 Ztratil jsem důvěru sám v sebe.</p> <p>2 Jsem ze sebe zklamáný.</p> <p>3 Sám sebou jsem znechucen.</p> <p><b>8. Sebekritika</b></p> <p>0 Nekritizuji nebo neobviňuji sám sebe více než obvykle.</p> <p>1 Jsem sám k sobě více kritický než dříve.</p> <p>2 Kritizuji se za všechny své chyby.</p> <p>3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.</p> <p><b>9. Sebevražedné myšlenky nebo přání</b></p> <p>0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil.</p> <p>1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal bych to.</p> <p>2 Chtěl bych se zabit.</p> <p>3 Kdybych měl možnost, tak bych se zabil.</p> <p><b>10. Pláčtivost</b></p> <p>0 Nepláču více než dříve.</p> <p>1 Pláču více než dříve.</p> <p>2 Pláču kvůli každé maličkosti.</p> <p>3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen.</p>		
<p><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Počet bodů str.1</p>		<p>REPENTACOVANI</p>	



**11. Agitovanost**

- 0 Nejsem více neklidný nebo napjatý než obvykle.
- 1 Cítím se více neklidný nebo napjatý než obvykle.
- 2 Jsem tak neklidný nebo rozrušený, že je těžké to vydržet.
- 3 Jsem tak neklidný nebo rozrušený, že nemohu zůstat v nečinnosti.

**12. Ztráta zájmu**

- 0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil.
- 1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 3 Je těžké se zajímat o cokoliv.

**13. Nerozhodnost**

- 0 Rozhoduji se stejně dobře, jako dříve.
- 1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle.
- 2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.
- 3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.

**14. Pocit bezcennosti**

- 0 Necítím se bezcenný.
- 1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem mívával.
- 2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný.
- 3 Cítím se úplně bezcenný.

**15. Ztráta energie**

- 0 Mám stejně energie jako vždy.
- 1 Mám méně energie než jsem mívával.
- 2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělal.
- 3 Vůbec na nic nemám energii.

**16. Změna spánku**

- 0 Nevšiml jsem si žádných změn u svého spánku.
- 1a Spím trochu více než obvykle.
- 1b Spím trochu méně než obvykle.
- 2a Spím mnohem více než obvykle.
- 2b Spím mnohem méně než obvykle.
- 3a Většinu dne prospím.
- 3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.

**17. Podrážděnost**

- 0 Nejsem podrážděný více než obvykle.
- 1 Jsem více podrážděný než obvykle.
- 2 Jsem mnohem více podrážděný než obvykle.
- 3 Bývám pořád podrážděný.

**18. Změny v chuti k jídlu**

- 0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.
- 1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.
- 1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.
- 2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.
- 2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.
- 3a Vůbec nemám chuť k jídlu.
- 3b Jist mohu pořád.

**19. Koncentrace**

- 0 Mohu se soustředit jako vždycky.
- 1 Nejsem schopný se soustředit jako obvykle.
- 2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
- 3 Nejsem schopný se soustředit na nic.

**20. Únava**

- 0 Nejsem unavený více než obvykle.
- 1 Unavím se snadněji než obvykle.
- 2 Jsem příliš unavený, než abych dělal tolik věcí, jako jsem dělával.
- 3 Jsem tak unavený, že nedokážu dělat skoro nic.

**21. Ztráta zájmu o sex**

- 0 V současnosti jsem nezaznamenal změnu zájmu o sex.
- 1 Mám menší zájem o sex než obvykle.
- 2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.
- 3 Úplně jsem ztratil zájem o sex.

Počet bodů str.2

Počet bodů str.1

Celkový skór

© 1996, Psychological Corporation, U.S.A.  
Všechna práva vyhrazena.  
© 1999, Psychodiagnostika a.s. Bratislava  
© 1999, Psychodiagnostika s.r.o. Brno



## Příloha B Dotazník pro studenty

Vážené studentky, vážení studenti!

Jsem studentka 1. LF UK v Praze oboru Všeobecná sestra a chtěla bych Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku na téma Informovanost dospívajících o problematice deprese. Získané informace budou sloužit pro praktickou část mé závěrečné bakalářské práce. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám bude trvat přibližně 10 minut.

Děkuji za Váš čas

Hana Langerová

---

- 1) Pohlaví
  - a) Chlapec
  - b) Dívka
  
- 2) Věk .....
  
- 3) Slyšeli jste o problematice deprese v dospívajícím věku?
  - a) Ano
  - b) Ne
  
- 4) Jaká je nejčastější věková skupina trpící depresí v dětství a dospívání?
  - a) 5-10
  - b) 11-18
  - c) 19-23
  
- 5) Myslíte si, že byste byl/a schopen/a na svém spolužákovi poznat počínající depresi?
  - a) Ano
  - b) Ne

- 6) Kdo je nejvíce ohrožen depresí v závislosti na pohlaví?
- a) Dívky
  - b) Chlapci
  - c) Obě pohlaví
- 7) Který osobností typ, je náchylnější k rozvoji depresivní epizody?
- a) Flegmatik
  - b) Melancholik
  - c) Cholerik
  - d) Sangvinik
- 8) Myslíte si, že může být deprese dědičná?
- a) Ano
  - b) Ne
- 9) Jak se podle Vás liší “depka” od deprese?
- 10) Jaké jsou nejčastější varovné signály, že už nejde o “depku” ale o rozvíjející depresi? (Lze označit více možností)
- a) Omezení aktivit
  - b) Problémy se spánkem
  - c) Zanedbaný vzhled
  - d) Problémy ve škole
  - e) Dlouhodobá smutná nálada
  - f) Agrese vůči sobě i okolí

11) Čím si myslíte, že dospívající nejčastěji zahání projevy deprese? (Lze označit více možností)

- a) Čokoládou
- b) Alkoholem a drogami
- c) Promiskuitním chováním (tzn. časté střídání sexuálních partnerů, nevázanost)
- d) Sportem
- e) Učením

12) Kdo by byl první, za kým byste v případě deprese šli pro pomoc?

- a) Učitel
- b) Rodiče
- c) Prarodiče
- d) Kamarád
- e) Praktický lékař
- f) Psychiatrická ambulance

13) Jak se již rozvinutá deprese u dospívajících léčí?

- a) Léky
- b) Psychoterapie
- c) Kombinace obojího

14) Kdo častěji uskuteční dokonanou sebevraždu (s následkem smrti)?

- a) Dívky
- b) Chlapci
- c) Obě pohlaví stejně

15) Pokud jste v předchozí položce odpověděli jen Chlapci nebo jen Dívky, vysvětlete, proč tomu tak je?

16) Myslíte si, že by se mělo o depresi v dospívání více mluvit?

- a) Ano
- b) Ne

17) Pokud jste v předchozí položce odpověděli Ano, vysvětlete proč?

18) Setkal/a jste se s depresí ve svém okolí?

- a) Ano
- b) Ne

Děkuji za vyplnění!

## **Příloha C** Žádost o dotazníkové šetření

Vážený/á pane/ní řediteli/ ředitelko,

jmenuji se Hana Langerová a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Chtěla bych Vás požádat o schválení dotazníkového šetření na Vaší škole. Informace získané prostřednictvím dotazníku budou sloužit ke zpracování mé závěrečné bakalářské práce na téma Informovanost dospívajících o problematice deprese.

Dotazník obsahuje 18 krátkých otázek, jejichž zodpovězení zabere cca 10 min.

Pro reprezentativní vzorek by bylo dobré, aby dotazník vyplnilo 70-100 studentů na Vaší škole ve věku 15-20 let.

Cílem jednotlivých položek je zmapovat informovanost dospívajících o této problematice, zjistit, zda dospívající ví, který věk je nejrizikovější pro rozvoj deprese, zda se dospívající setkali s depresí ve svém okolí či na koho se v případě prvotních příznaků obrátit.

V příloze zasílám vzor sestaveného dotazníku, který bude použit k šetření. Potřebný počet dotazníků samozřejmě osobně doručím.

Děkuji za Vaší odpověď.

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta**  
**Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí**  
**do závěrečné práce absolventa studijního programu**  
**uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>